

# PROGRAMA-PRONTUARIO

DE

# CLINICA QUIRURGICA

CORRESPONDIENTE AL CURSO DE 1883 Á 1884

POR EL

DR. D. JUAN GINÉ Y PARTAGÁS

Catedrático de dicha asignatura  
en la Universidad de Barcelona



BARCELONA

TIPOGRAFÍA LA ACADEMIA, DE EVARISTO ULLASTRES

6-RONDA DE LA UNIVERSIDAD-6

1884



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA  
CRAT Biblioteca  
Medicina



# DERMATOLOGIA

LECCION 1.<sup>a</sup>—Recuerdo á la clasificacion etiológica de las dermatosis. —Dermatosis parasitarias. —Definicion del parásito.—El parasitismo en la naturaleza.—Parasitismo normal.—Id. morbosó.—Definicion de las enfermedades cutáneas parasitarias. —Condiciones que deben reunir para juzgarlas tales. —Division de las dermatosis parasitarias en zoo y fito-parasitarias.—Enumeracion de las dermatosis zoo y fito-parasitarias.—Dermatosis zoo-parasitarias.

LECCION 2.<sup>a</sup>—De la sarna. —Exámen microscópico del ácarus.—Caracteres de la hembra, del macho y de los gérmenes ó huevecillos. —Clasificacion zoológica del ácarus.—Unidad y pluralidad de la especie.—Fisiología del ácarus en relacion con los síntomas de la sarna.—Su residencia.—Su copulacion, fecundidad y desarrollo.—Surcos acarianos.—Su estructura y contenido.—Funciones de relacion y de nutricion del ácarus. —Salto del ácarus. —Influjo del calor en el movimiento del parásito. —Problemas fisio-patológicos y su explicacion.—Experimentos de Hebra.—Polimorfia de la sarna.—Prurito: variedades que ofrece.—Rasguños y arañazos.—Sitios que ocupan y forma que presentan.

LECCION 3.<sup>a</sup>—De la sarna (continuacion).—Exposicion de un caso clínico.—Antecedentes.—Descripcion de los síntomas.—Marcha para el diagnóstico.—Exámen de las lesiones en conjunto.—Id. en particular.—Consideracion de los puntos culminantes del diagnóstico.—Etiología.—Condiciones individuales.—Constitucion sórica, segun Hebra.—Pronóstico de la sarna. —Complicaciones de que es susceptible. —¿Existe sarna repercutida?—¿Puede la sarna transformarse en una

dermatosis herpética? — Tratamiento. — Medicamentos anti-sóricos. — Experimentos del Dr. Olavide. — Método inglés primitivo. — Método inglés modificado. — Tratamiento rápido de Hardy. — Método de Olavide. — Método agradable de Cazenave. — Ácido fénico. — Baños fénicos. — Nuestro método. — Indicaciones especiales del ácido fénico. — Modificaciones que en el tratamiento de la sarna inducen las condiciones del enfermo y de la enfermedad.

LECCION 4.<sup>a</sup> — Dermatosis fito-parasitarias. — Nociones de organografía vegetal de los microfitos. — Micelium y esporos del achorion. — Demostracion de la índole parasitaria de la tiña. — Identidad y no identidad de las tiñas. — Historia de la cuestion. — Experimentos de Hebra. — Experimentos contraproducentes. — Experimentos de Hallier. — Experimentos clínicos contrarios á la identidad de las tiñas. — Clasificacion de las tiñas segun Bazin. — Tiña favosa. — Exposicion de un caso práctico de tiña favosa. — Descripcion de los escudos favosos. — Variedades de aspecto de la tiña favosa: urceolar, escutulata ó nummular y escuarrosa ó monticular. — Estado de los pelos y de los folículos pilosos. — Favus del cuerpo y miembros. — Favus de las uñas. — Síntomas concomitantes de la tiña. — Fenómenos subjetivos. — Marcha de la afeccion. — Sueño de la tiña. — Etiología. — Condiciones que favorecen el contagio. — Diagnóstico diferencial del favus y las pseudo-tiñas. — Pronóstico. — Tratamiento. — Indicaciones terapéuticas. — Desprendimiento de las costras. — Depilacion: modo de practicarla. — ¿Es siempre indispensable? — Linimento trico-esporicida. — Agentes que destruyen el achorion. — Soluciones de sublimato corrosivo. — Tratamiento general.

LECCION 5.<sup>a</sup> — De la tiña pelada, ó pelona. — Historia clínica. — Micrósporon Andouini. — Su descripcion segun Bazin y Malassez. — Contagio de la tiña pelada. — Condiciones etiológicas individuales. — Síntomas. — Formacion de las calvas. — Diagnóstico diferencial respecto de las otras tiñas y diferentes dermatosis no parasitarias: vitíligo, pitiriasis, alopecia. — Pronóstico. — Tratamiento.

De las dermatosis llamadas epizoonosis. — Pseudo-parásitos de la piel: piojos, ladillas, pulgas, chinches y mosquitos. — De la pediculosis. — Descripcion de las tres variedades de pediculi: pediculus capitis, vestimentorum y púbis. — Fisiología de los piojos en relacion con los síntomas cutáneos de la pio-



jera.—Liendres.—Patogenia de la piojera.—¿Es espontánea la producción de los piojos?—Breve reseña histórica de la pteriasis.—Conclusiones de Hebra.—Lesiones y síntomas de la pediculosis de la cabeza.—Etiología.—Tratamiento.—Pediculosis del cuerpo.—Su tratamiento.—Ladillas.—Su fisiología en relación con su patogenia y tratamiento más adecuado para lograr su extinción.—Pulgas.—Chinches.—Mosquitos.

LECCION 6.<sup>a</sup>—Dermatosis espontáneas generales.—Necesidad de separar de nuestro estudio las exantemáticas.—Caracteres generales de las dermatosis pseudo-exantemáticas.—Géneros que comprenden.

Del eritema.—Su definición.—Sus variedades.—Su división en idiopático y sintomático y en activo y pasivo.—E. pseudo exantemático: un caso clínico.—E. traumático.—E. parátrimo simple y adinámico.—E. papuloso.—E. vernal, solar y calórico.—E. intertrigo.—E. tenue ó liso.—E. precursor de los exantemas.—E. pelagroso.—E. nodoso.—E. pérnio, ó sabañón.—E. escrofuloso.—E. lupinoso.—E. lívido, marginatum ó circinatum.—E. precursor del psoriasis.—E. parasitario.—E. congénito ó nevo maculoso vascular.—E. ab ácribus.—E. copahíbico.—Pronóstico del eritema.—Tratamiento según las diferentes formas y naturaleza de la afección.

LECCION 7.<sup>a</sup>—Líquén y prurigo.—Exposición de dos historias clínicas de líquén y otras tantas de prurigo.—Del líquén en particular.—Su definición.—Sus elementos anatómo-patológicos.—Sus variedades por la marcha y extensión de la erupción.—L. agudo.—L. crónico.—L. local y general.—Síntomas.—Color.—Líquén cándido.—Aspereza de la piel.—Sensaciones.—Pápulas.—Curso del líquén.—Capitales diferencias entre el agudo y el crónico.—Pronóstico del líquén.—Complicaciones.—Diagnóstico diferencial entre el líquén y el prurigo.—Idem entre la sarna, el eczema, el líquén urticado, el herpes circinado, el psoriasis, el eritema papuloso y la cuperosis.—Asiento y naturaleza del líquén.—Ideas de Bazin y Guibout.—Objeciones de Hardy.—Líquenes de causa externa ó artificiales.—L. trópicus.—L. parasitario.—L. acárico.—Líquenes de causa interna.—Escrofuloso: strófulus y ágrius.—L. atrítico.—L. circunscrito.—L. pilaris.—L. lívidus.—L. herpético.—L. sifilítico.—Tratamiento del líquén según sus especies y variedades.

LECCION 8.<sup>a</sup>—Del prurigo.—Sus síntomas en relacion con los del líquen.—Pápulas.—Prurito.—Fenómenos neuropáticos concomitantes.—Prurigo pedicular.—P. escrofuloso.—P. mitis.—P. fórmicans.—P. senil.—P. general.—P. local.—P. artificial.—P. sarnoso.—P. icterio.—P. artificial indirecto.—P. escrofuloso.—P. reumático.—P. herpético.—P. agudo pseudo-exantemático.—Pronóstico del prurigo.—Tratamiento.

LECCION 9.<sup>a</sup> — Eczema é impétigo. — Frecuencia de esta afeccion.—Sus lesiones iniciales ó primitivas.—Experimentos de Hebra.—Observaciones del mismo autor relativas á la pluralidad de formas iniciales del eczema. — Opinion de Bazin.—Definicion del eczema segun Hebra.—Periodos clásicos del eczema vesiculoso: hiperémico, de vesiculacion, de ulceracion y de exfoliacion. — Division del eczema en agudo y crónico.—Eczema agudo.—Identidad del eczema y el impétigo.—Eczema impetiginodes.—Exposicion de un caso clínico de eczema generalizado.—Eczema agudo en las diferentes regiones del cuerpo.—E. agudo de la cara, del pene, del escroto, de los piés y manos.—Eczema crónico.—Sus síntomas.—E. crónico del cuero cabelludo.—E. crónico de la cara.—E. de las orejas.—E. de la frente.—E. de la nariz.—E. labial.—E. de los pezones.—E. del pene, escroto, vulva, periné y márgenes del ano.—E. marginatum.—E. de los pliegues de las articulaciones.—E. de las piernas.

LECCION 10. — Formas del eczema derivadas de la lesion anatómica.—E. vesiculoso ó simple.—E. papuloso.—E. impetiginoso.—E. rubrum. — E. escamoso.—Diagnóstico diferencial del eczema.—Diagnóstico diferencial entre el eczema y la miliar cristalina, la sarna, el líquen trópicus, la ulceracion superficial de la piel y la pitiriasis rubra.—Pronóstico del eczema fundado en su duracion, region que ocupa, y su repercutibilidad.—Naturaleza del eczema.—Opinion de Hebra. — Id. de Hardy. — Nuestras ideas sobre este punto.—Etiología del eczema. — Influencia de la denticion, edad, sexo y régimen dietético.—Agentes irritantes.—Hidrangiria. — Calor y frio. — Irritantes mecánicos. — Terapéutica del eczema.—Puntos de partida de nuestro modo de tratar el eczema. — Tratamiento local. — Agua pura.—Baños de vapor y chorros frios.—Sustancias grasas y oleosas.—Disoluciones resolutivas astringentes y cáusticas.—

Jabon de potasa.—Brea, sus indicaciones y modo de emplearla. — Acido fénico. — Sulfurosos. — Sus indicaciones y contraindicaciones. — Medicacion interna. — Arsénico. — Sus indicaciones. — Tratamiento del eczema segun sea agudo ó crónico.—Tratamiento del eczema en los niños.—Id. segun la region que ocupa.

LECCION 11.—Del herpes.—En qué se diferencia del eczema.—Síntomas del herpes.—Periodos que presenta.—Marcha y volúmen de las vesículas.—Herpes en las membranas mucosas.—Diferencias entre el herpes prepucial y el chancro blando.—Herpes labial.—Herpes prepucial y vulvar.—Variedades del herpes segun la disposicion y configuracion de la eflorescencia: nummular, circinado, zona.—Variedades segun su naturaleza.—Herpes de causa externa.—H. pseudo-exantemático ó idiopático.—H. iris.—H. circinado.—H. crítico.—H. herpético.—H. sifilítico.—Diagnóstico diferencial entre el herpes y la miliar y el pénfigo agudo.—Pronóstico del herpes.

LECCION 12.—Dermatosis ampollosas ó flictenosas.—Del pénfigo.—Casos clínicos: 1.º pénfigo vulgar benigno, 2.º pénfigo agudo pseudo-exantemático.—Definicion del pénfigo.—Periodo inicial, ó de manchas rubicundas.—Aparicion de las ampollas.—Su número.—Pénfigo solitario.—Evoluciones de las ampollas.—Formacion de costras foliáceas.—Pénfigo foliáceo, ó herpétide maligna exfoliatriz.—Modificaciones de esta forma.—Division del pénfigo en agudo y crónico.—Pénfigo agudo: sus síntomas y marcha.—Pénfigo crónico.—Sus variedades.—Pénfigo vulgar benigno.—Pénfigo vulgar maligno.—Pénfigo pruriginoso.—Pénfigo foliáceo en sus diferentes periodos.—Pénfigo simultáneo, sucesivo é intermitente.—Pénfigo solitario, discreto y confluyente.—Pénfigo infantil y senil.—Pénfigo simulado ó provocado directo.—Pénfigo segun su naturaleza: artrítico, herpético, sifilítico, caquético y sintomático de la lepra.—Etiología del pénfigo.—Anatomía patológica de esta afeccion.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico del pénfigo.—Tratamiento.—Remedios internos y externos.

LECCION 13.—De la rúpia.—Su etiología.—Su definicion.—Una historia clínica de rúpia sifilítica.—Sintomatología de esta enfermedad.—Division de la rúpia en simple, proemi-

nente y escarótica.—Su etiología.—Especies principales de rúpia.—Rúpia artificial.—Rúpia patogenética.—Rúpia escrofulosa.—Rúpia sifilítica.—Diagnóstico diferencial con el pénfigo, el impétigo, los abscesos dérmicos escrofulosos, etc.—Pronóstico de la rúpia.—Su tratamiento.—Tratamiento general.—Tratamiento local.

LECCION 14.—Dermatosis pustulosas.—Del ectima.—Esta afeccion no debe amalgamarse con el pénfigo ni con la rúpia.—Diagnóstico diferencial respecto de estas dos dermatosis, del divieso, del acné pustuloso y del pénfigo.—Division del ectima en agudo y crónico.—Ectima agudo.—Ectima agudo simple.—Ectima de causa externa, ó sarna de los especieros.—Ectima patogenético.—Ectima pseudo-exantemático.—Ectima parasitario.—Ectima gangrenoso.—Ectima crónico.—Ectima caquético.—Ectima infantil y senil.—Ectima maligno.—Ectima sifilítico.—Pronóstico del ectima segun sea agudo ó crónico, de causa externa, patogenético, parasitario, caquético, herpético ó sifilítico.—Tratamiento del ectima.—Medios locales.—Medios internos.—Indicaciones segun las formas y naturaleza de la afeccion.

LECCION 15.—Enfermedades de la secrecion y glándulas sebáceas.—Alteraciones de la secrecion sebácea.—Acné secretante, ó seborrea.—Sus variedades.—Seborrea fluente ú oleosa.—Seborrea seca ó acné concreto.—Un caso clínico.—Acné pennicilliforme.—Acné córneo.—Etiología de la seborrea.—Acné punctata.—Parásito del acné, ó Dermodex.—Seborrea de las partes genitales.—Seborrea congetiva ó lupus eritematoso.—Defecto de secrecion de la materia sebácea.—Pronóstico de la seborrea.—Terapéutica.—Indicaciones.—Medios locales.—Medicacion interna.

LECCION 16.—Significado de la voz acné.—Valor que le acuerda la escuela francesa.—Su division en acné por retencion de la materia sebácea y acné con inflamacion de las glándulas.—Acné por retencion.—Acné miliar: su anatomía patológica.—Vitiligoidea.—Molluscum contagiosum, ó foliular.—Un caso clínico.—Definiciones y descripciones de esta enfermedad segun los autores.—¿Por qué se llama contagioso?—¿Es el acné varialiforme de Bazin?—Acné de naturaleza inflamatoria.—Elementos que lo forman.—Mancha, ó rubicundez acnéica.—Acné rosácea.—Tubérculos acnéicos.

—Acné tuberculoso.—Acné pilaris.—Acné indurado.—Recapitulacion de las formas del acné granuloso.—Division del acné fundada en su etiología, segun Bazin.—Acné mera deformidad.—Acné hipertrófico.—Acné de causa externa ó artificial.—Acné patogenético; iódico; cuperosis alcohólica.—Acné de causa interna.—Acné escrofuloso.—Acné artrítico.—Acné sifilítico.—Acné sintomático de alteraciones de la digestion.—Curso del acné.—Periodos que sigue en su evolucion.—Diagnóstico diferencial del acné, considerado en sus tres elementos sintomáticos.—Entre el acné rosácea y el eritema escrofuloso.—Entre el acné tuberculoso y el sicosis.—Entre este último y el acné pilaris.—Entre los tubérculos acnéicos y los escrofulosos y los sifilíticos.—Entre el acné y el ectima y el impétigo.—Diagnóstico de las diferentes especies de acné fundadas en la etiología.—Pronóstico del acné.—Etiología del acné.—Observaciones de Hebra y comentarios clínicos sobre las mismas.—Propension á nuevos brotes: acné sucesivo.—Tratamiento del acné.—Indicaciones.—Tratamiento general del acné segun su causa.—Tratamiento local.—Tópicos emolientes.—Baños.—Alcalinos.—Ioduro de azufre.—Bicloruro de mercurio.—Emplastro mercurial.—Tinturas de iodo y de cantáridas.—Aceite de enebro.—Bioduro de mercurio.

LECCION 17.—De la pitiriasis.—Un caso clínico de ictiosis, como punto de partida para el diagnóstico de la pitiriasis.—Definicion de la pitiriasis.—No debe confundirse con el eczema escamoso.—Pitiriasis considerada como manifestacion de un vicio constitucional artrítico ó herpético.—Sus variedades segun Bazin.—Division de la pitiriasis en aguda y crónica.—Pitiriasis aguda, sus variedades segun la forma y color: rubra, alba, maculata, difusa, girata, circinada.—Pitiriasis crónica.—Sus diferentes aspectos segun la region que ocupa: pitiriasis cápitis y de los párpados, de los genitales, de los labios, generalizada.—Variedades segun su naturaleza.—Artificial.—Fito-parasitaria.—De causa interna. Pitiriasis escrofulosa: comun ó benigna y maligna ó elefantisiaca.—Pitiriasis herpética: simple diseminada, roja localizada y roja generalizada.—Un caso clínico.—Pitiriasis reumática: aguda benigna y aguda maligna.—Pitiriasis reumática crónica.—Pitiriasis leprosa.—Pitiriasis pelagrosa.—Pitiriasis pseudo-exantemática.—Diagnóstico diferencial de la pitiriasis respecto del ictiosis, psoriasis, acné sebáceo con-



creto, eczema escamoso, pénfigo foliáceo, y herpes y eczema nummular.—Pronóstico de la pitiriasis.—Tratamiento.—Indicaciones sintomáticas.—Baños; pomadas astringentes.—Aguas sulfurosas.—Tratamiento de la pitiriasis de causa externa.—Id. de la escrofulosa, herpética, reumática, leprosa, y pelagrosa.

LECCION 18.—Del psoriasis.—Un caso clínico de psoriasis guttata y punctata.—Un caso clínico de psoriasis difuso herpético.—Un caso clínico de psoriasis circinado.—Elementos constitutivos de las lesiones del psoriasis: manchas, elevaciones, escamas.—Curso del psoriasis: periodos que ofrece.—Variedades de esta afeccion por su forma: punctata, guttata, nummular, difuso, girata y circinado, ó lepra vulgar; por el aspecto de las escamas: eczematoso, pitiriasiforme, escarlatiniforme, nacarado, argentino.—Variedades topográficas.—Psoriasis cápitís, auricular, labial, lingual, articular, genital, palmar, generalizado extenso y diseminado, inveterado extenso.—Por sus causas: artificial, pseudo-exantemático y constitucional.—Variedades del psoriasis crónico ó constitucional.—Psoriasis herpético.—Psoriasis reumático.—Psoriasis sífilítico.—Diagnóstico diferencias del psoriasis respecto de la ictiosis, líquen, eczema, herpes circinado, ectima, pénfigo, escrofulides y sífilides escamosas, y pelagra.—Etiología del psoriasis.—Anatomía patológica de esta afeccion.—Pronóstico del psoriasis.—Tratamiento.—Baños.—Jaborandi.—Aceite de enebro, brea, bencina y ácido fénico.—Tratamiento del psoriasis segun las regiones en que se presenta.—Empleo de los sulfurosos.—Protoioduro de mercurio, tintura de iodo.—Tratamiento interno.—Arsenicales.

LECCION 19.—Dermatosis constitucionales.—Doctrina del origen local de las discrasias.—Caracteres comunes de las dermatosis constitucionales.—Su enumeracion.

De las escrofulides.—El hospital de San Luis y el de Santa Cruz.—Caracteres generales del escrofulismo.—Manifestaciones de este vicio en los sistemas mucoso, ganglionar, conjuntivo, articulaciones y huesos.—Caracteres comunes de las escrofulides.—Asiento.—Fijeza.—Sensaciones.—Color.—Tendencias hipertrófica, atrófica y supuratoria.—Cicatrices.—Caracteres del pus, de las costras y de las escamas escrofulosas.—Variedades de las escrofulides.—Clasificacion



de Bazin, en primitivas, superficiales y benignas y secundarias, profundas y malignas.—Escrofúlides primitivas.—Opinion de Hardy.—Division de las escrofúlides benignas en eritematosas, exudativas y papulosas.—Escrofúlides benignas eritematosas: sabañon, cuperosis, eritema indurado.—Escrofúlides benignas exudativas: usagre, impétigo figurata, larvalis y granulata.—Pseudo-tiña furfurácea.—Escrofúlides benignas papulosas: estrófulus y líquen escrofuloso; acné escrofuloso.—Escrofúlides profundas, secundarias y malignas.—Géneros admitidos por Bazin.—Idem por Hardy.—Escrofúlide maligna eritematosa.—Un caso clínico.—Escrofúlide pustulosa, ó impétigo rodens.—Escrofúlide tuberculosa.—Sus variedades.—Escrofúlide flemonosa.—Pronóstico de las escrofúlides.—Tratamiento.—Medios higiénicos.—Medios farmacológicos.—Tratamiento interno.—Aguas minerales.—Tratamiento local.

LECCION 20.—De las herpétides ó dartros.—Del herpetismo segun Bazin.—Significado de la palabra dartros segun Hardy.—Caracteres comunes de las herpétides.—Consideraciones sobre la simetría de estas dermatosis.—Su naturaleza nerviosa.—Constancia en el tipo, ó género.—Variabilidad topográfica.—Sequedad y aspereza de la piel de los herpéticos.—Color de las herpétides.—Secreciones.—Sensaciones cutáneas: prurito.—Exacerbacion nocturna.—Herpétides de las membranas mucosas: no deben confundirse con los afectos catarrales simples.—El herpetismo y el nervosismo.—Herpetismos viscerales y resultantes de la caquexia.—Puntos de mira relativos al diagnóstico diferencial de las herpétides respecto de otras dermatosis constitucionales: simetría, prurito, constancia, superficialidad, sequedad, color, productos de secrecion.—Lesiones de la mucosa; agentes curativos.—Etiología de las herpétides: edades y formas que las corresponden.—Periodos del herpetismo: intermitente, continuo y caquético.—Herencia.—Impregnacion espermática.—Division de las herpétides por su marcha, en agudas, crónicas y mixtas.—Idem, segun su tendencia, en benignas y malignas.—Condiciones que constituyen la malignidad en las herpétides.—Clasificacion de las herpétides, segun el género de las lesiones, en eritematosas, papulosas, escamosas, vesiculosas, pustulosas y papulosas.—Division de Bazin en pseudo-exantemáticas y vulgares é irregulares ó malignas.—Subdivisiones de estas clases.—Pronóstico de las herpéti-

des.—Tratamiento. — Medios higiénicos. — Indicaciones de los arsenicales. — Medicacion hidrológica. — Tratamiento local.

LECCION 21.—De las artrítides.—Bazin y sus impugnadores.—Comentarios sobre la doctrina de Bazin.—Identidad y no identidad del reumatismo y la gota.—Diátesis úrica, ó litiasis.—¿Conviene admitir distintas entidades nosológicas en el reumatismo?—Doctrina de Gailleton.—Exposicion de la doctrina de Bazin.—Caracteres comunes de las artrítides.—Situacion topográfica de estas dermatosis.—Su color.—Materiales exhalados.—Multiplicidad de formas.—Su disposicion ó agrupamiento.—Su fijeza y duracion.—Sensaciones que producen.—Influencias atmosféricas.—Resultados del tratamiento.—Clasificacion de las artrítides, segun Bazin, en primitivas ó sub-agudas, secundarias ó comunes y terciarias ó irregulares.—Artrítides primitivas, sub-agudas, pseudo-exantemáticas ó primaverales.—Su division en eritematosas y vesiculosas.—Artrítides secundarias, comunes, circunscritas ó intermediarias.—Su division en eczematosas, escamosas, pustulosas, eritemato-pustulosas, papulosas y tuberculosas.—Artrítides tardías, irregulares, malignas, generalizadas ó pseudo-artrítides.—Su division en eritematosas, vesiculosas, ampollosas y flemonosas.—Distincion de Gailleton en reumátides y artrítides.—De las reumátides.—Su division en agudas y crónicas.—Reumátides agudas.—Sus caracteres.—Pruebas de la índole reumática de estas dermatosis.—Géneros que comprende esta familia: eritema, púrpura, herpes y erisipela reumáticos.—Reumátides crónicas.—Formas que pueden revestir.—Artrítides segun Gailleton.—Sus caracteres.—Su division en agudas y crónicas.—Artrítides agudas.—Formas que pueden revestir.—Artrítides crónicas.—Sus formas.—Eritema, urticaria, pitiriasis, líquen, psoriasis, eczema, herpes, acné, sicosis, pénfigo y forúnculos de índole artrítica.—Un caso clínico de psoriasis artrítico.—Diagnóstico diferencial de las artrítides respecto de las sífilides, herpétides, escrofúlides y dermatosis trichophíticas.—Frecuencia de las reumátides y de las artrítides en relacion con otras dermatosis constitucionales.—Pronóstico de las reumátides.—Id. de las artrítides.—Tratamiento de las reumátides.—Id. de las artrítides.

LECCION 22.—De las leproides.—Una cuestion termino-

lógica.—¿Qué debemos entender por lepra, elefantiasis de los griegos y lepra vulgar?—¿Hay alguna conexión nosológica entre estas enfermedades?—Consideraciones históricas sobre este asunto.—Definición de los términos.—De la elefantiasis de los árabes.—Exposición de un caso clínico de elefantiasis de los árabes confirmada.—Mención de otro.—Exposición de un caso práctico elefantiasis de los árabes en su período inicial.—Elefantiasis del escroto y de la vulva.—Sintomatología de la elefantiasis de los árabes.—Variedades según su aspecto.—Anatomía patológica.—Causa próxima ú orgánica de esta enfermedad.—Regiones en donde reina endémicamente. — Influencias etiológicas. — Pronóstico. — Tratamiento.—Manera de emplear y administrar el iodo.

De la lepra ó elefantiasis de los griegos.—El asilo de San Lázaro de Barcelona.—Sintomatología.—Prodromos.—Primer período: lesiones que le corresponden.—Manchas, escamas, ampollas.—Segundo período.—Tendencias que puede presentar.—Tubérculos.—Fisionomía del leproso.—Esclerodermia leprosa.—Tercer período: úlceras y mutilaciones.—Cuarto período ó visceral de la lepra.

LECCION 23.—Variedades ó formas de la lepra.—Lepra tuberculosa.—Estudio especial de las lesiones.—Manchas.—Tubérculos. — Formas de regresión de que éstos pueden ser asiento: atrofia y reabsorción; reblandecimiento purulento y ulceración.—Lesiones de lepra en el sistema mucoso.—Curso de la lepra.—Rara la forma aguda.—Forma crónica. — Lepra maculosa ó morphea. — Morphea rubra, alba y negra. — Lepra anestésica. — Lesiones que la caracterizan. — Pénfigo. — Manchas. — Hiperestesia. — Atrofia. — Mutilaciones. — Un caso clínico de lepra anestésica atrófica. — Diagnóstico diferencial entre la lepra ó elefantiasis de los griegos y la elefantiasis de los árabes.—Anatomía patológica de la lepra. — Su etiología. — Países en donde es endémica esta enfermedad.—Pronóstico de la lepra según sus formas.—Terapéutica.—Arsenicales, iodo, ácido fénico.

LECCION 24. —De las dermatosis pelagroides.—Pelagra.—Interés médico, quirúrgico, frenopático é higiénico de esta enfermedad.—Nociones históricas y bibliográficas.—Síntomas.—Eritema pelagroso.—Primer grado.—Segundo grado. —Síntomas cerebrales.—Síntomas gastro-intestinales.—Cur-

so de la pelagra.—Pelagra.—Casos clínicos.—Etiología de la pelagra.—¿Es esta enfermedad específica debida á la accion del maiz alterado?—Zeistas y antizeistas.—Influjo de la miseria.—Importancia que debe acórdarse á las causas específicas de esta enfermedad.—Anatomía patológica.—¿Es una discrasia, una afeccion cutánea, un trastorno gastro-intestinal ó una neuropatía?—Razonesque abonan el concepo neuro-patológico de esta afeccion.—Pronóstico de la pelagra.—Su tratamiento.

# SIFILIOGRAFÍA

LECCION 25.—Enfermedades vénereas ó contraídas por las relaciones sexuales.—¿En qué se distinguen de las sífilíticas?—Enfermedades venéreas y sífilíticas.—Enfermedades venéreas y no sífilíticas.—Enfermedades sífilíticas y no venéreas.—Procesos comprendidos en el grupo clínico de las enfermedades venéreas.—Blenorragia.—Chancro venéreo.—Sífilis.—Identismo.—Unicismo y Dualismo.—Exposicion de estas doctrinas.

LECCION 26.—Del proceso blenorragico.—Frecuente coexistencia de la blenorragia, el chancro venéreo y la sífilis, y necesidad de distinguir estas tres entidades morbosas.—Ojeada histórica al proceso blenorragico desde los tiempos más remotos hasta la época de Morgagni, ó del nacimiento de la doctrina del no-identismo.—Virulistas y anti-virulistas.

LECCION 27.—Etiología de la blenorragia.—Influjo de las causas irritantes comunes.—Especificidad de la blenorragia.—¿Hasta qué punto puede decirse que es contagiosa?—Propiedades contagiosas, ó más bien irritantes especiales, del humor blenorragico.—Influencia de los flujos normales y patológicos.—Idem de ciertos alimentos, condimentos y bebidas.—Predisposiciones individuales.

LECCION 28.—Sintomatología de la blenorragia.—Sus periodos.—¿Tiene verdadera incubacion?—Invasion.—Ascenso.—Estado.—Declinacion.—Tránsito al estado crónico.—Marcha de la blenorragia: aguda, sub-aguda y crónica.—Blenorragia seca.—Aparente indemnidad adquirida respecto de la blenorragia.—Recrudescencias.—Influjo del temperamento, constitucion y método de vida en el curso de la blenorragia.—Rebeldía de la blenorragia por exceso de tratamiento.

LECCION 29.—*Anatomía patológica* de la blenorragia.—



Sitio.—No depende de úlcera.—Importancia de la inflamacion de la red linfática superficial de la uretra.—*Diagnóstico* de la blenorragia.—Modo de descubrir la blenorragia en los casos de fimosis.—Diagnóstico diferencial entre el flujo blenorrágico y la supuracion del chancro intra-uretral.—¿Hay diferencias esenciales entre la blenorragia y los flujos uretrales de causa comun?—*Pronóstico* de la blenorragia habida razon ó su tendencia á las recidivas y recaídas y á sus complicaciones y secuelas.

LECCION 30.—*Tratamiento* de la blenorragia.—Medios profilácticos.—Su alcance.—Tratamiento abortivo.—Abortivo directo.—Abortivo indirecto.—Oleo-resina Copaiba.—Pimienta de Cubebas.—Sándalo amarillo.—Inyecciones astringentes.—Candelillas medicamentosas.—Régimen higiénico.

LECCION 31.—*Complicaciones* de la blenorragia.—*Fimosis* blenorrágico.—Su etiología, diagnóstico y tratamiento.—*Parafimosis* blenorrágico.—Parafimosis accidental.—Inflamatorio.—Edematoso.—Tratamiento.—*Balano-postitis*.—Simple y blenorrágico.—Su diagnóstico respecto de la uretritis blenorrágica en casos de fimosis.—Tránsito al estado crónico.—Pronóstico y tratamiento.

LECCION 32.—*Flemones y abscesos peri-uretrales*.—Sus síntomas y marcha segun ocupen las inmediaciones del meato, la raiz del pene ó la region perineal de la uretra.—*Abscesos de las glándulas de Cowper*.—Su diagnóstico diferencial respecto de los flemones y abscesos peri-uretrales.—Tratamiento de estas complicaciones de la blenorragia.—*Linfitis y adenitis blenorrágicas*.—Su diagnóstico diferencial respecto de la flebitis y de las otras formas de adenitis.—Su pronóstico y tratamiento.—*Prostatitis, infartos y abscesos de la próstata*.—Síntomas de la prostatitis aguda, del infarto crónico y del absceso prostático.—Diagnóstico diferencial respecto de la cistitis.—Pronóstico y tratamiento.

LECCION 33.—*Cistitis del cuello, ó prevesical*.—Su diagnóstico diferencial respecto de la uretrorrugia y del espasmo de la vejiga.—Su pronóstico y tratamiento.—*Epididimitis blenorrágica*.—Su etiología y patogenia.—Sintomatología.—Marcha y terminaciones.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.



LECCION 34.—*Artropatías blenorragicas.*— Su patogenia y etiología.— Su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.— *Afectos blenorragicos del aparato de la vision.*— *Acuo-capsulitis, ó iritis serosa blenorragica.*— Su etiología y patogenia.— Su marcha, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCION 35.—*Conjuntivitis, blenorragia.*— Su patogenia y etiología.— Sus síntomas, diagnóstico y tratamiento profiláctico y curativo en los diferentes periodos y complicaciones que presenta.

LECCION 36.—*Consecuencias de la blenorragia.*— *Blenorrea ó gota militar.*— Su etiología y patogenia.— Sus relaciones con la sífilis.— Sus síntomas. *Hipocondria blenorragica.*— Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la blenorrea.

LECCION 37.—De las *estrecheces de uretra.*— Su etiología y patogenia.— Sus clases y variedades.— Síntomas propios y concomitantes.— Sitio que ocupan.— Su diagnóstico, pronóstico y tratamientos operatorios.

LECCION 38.—Del *proceso del chancro blando, ó simple.*— Ojeada histórica.— Etiología.— Virus venéreo.— Sus propiedades.

LECCION 39.—*Sintomatología* del chancro venéreo.— *Sus periodos.*— Recrudescencias.— Reinoculaciones.— Duracion.— Sitios en donde preferentemente aparece el chancro blando.

LECCION 40.—*Variedades* del chancro venéreo segun el sitio.— Chancro simple genital del hombre.— Fímosis chancroso.— Idem del borde libre del prepucio.— Del frenillo.— de la piel del pene.— Uretral y endo-uretral.— Chancro simple genital de la mujer.— De la vulva, vagina y cuello uterino.— Chancro simple anal.

LECCION 41.—*Variedades* del chancro blando segun sus complicaciones.— Gangrena.— Fagedenismo.— Sus formas.— Fagedenismo pultáceo agudo.— Fagedenismo serpiginoso.— Fímosis y parafímosis considerados como complicaciones del chancro.

LECCION 42.—*Anatomía patológica* del chancro venéreo.

—Su diagnóstico respecto de otras afecciones ulcerosas de los genitales y de los flujos blenorragicos.—Su pronóstico fundado en las complicaciones y secuelas.

LECCION 43.—*Tratamiento* del chancro simple.—Método ectrótico.—Indicaciones y contraindicaciones de la cauterización.—Agentes tópicos no cáusticos.—Tratamiento de las complicaciones del chancro blando.—Indicaciones que deben cumplirse en el tratamiento del chancro blando habida razon al sitio que éste ocupa.

LECCION 44.—*Secuelas* del chancro simple, ó venéreo.—*Linfitis y adenitis* relacionadas con el chancro venéreo.—Su etiología y patogenia.—¿Puede admitirse el bubon *d'emblée*?

LECCION 45.—*Sintomatología* de la linfo-adenitis relacionada con el chancro venéreo.—Complicaciones del bubon venéreo.—Adenitis estrumosa.

LECCION 46.—*Diagnóstico* del bubon venéreo respecto de la hernia crural y de los abscesos por congestion y la adenitis simple ó estrumosa.—*Pronóstico* del bubon venéreo.—Su tratamiento en sus diferentes periodos y complicaciones.

LECCION 47.—*Coxartrocace* ó *coxalgia venérea*.—Su etiología y patogenia.—Sus síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCION 48.—De las *vegetaciones* llamadas *venéreas*.—Su etiología y patogenia.—Sus variedades segun el aspecto.—Su anatomía patológica.—Sitios de predileccion.—Diagnóstico diferencial respecto del epitelioma y de las placas mucosas sifilíticas.—Su pronóstico y tratamiento.

LECCION 49.—Del *proceso sifilitico*.—Virus sifilítico.—Sus propiedades y residencia.—Chancro sifilítico, chancro venéreo y chancro mixto.—Contagio sifilítico.—Periodos de la sífilis.—Incubacion.

LECCION 50.—*Chancro sifilítico*.—*Sintomatología*.—Periodos que presenta.—Inicial.—De progreso.—De estado.—De reparacion.—Caracteres del chancro sifilítico.—Figura.—Color.—Induracion.—Variedades de la induracion.

LECCION 51.—*Modalidades del accidente primitivo de la sífilis, en relacion con su curso, recidiva, reinfeccion, mezcla de los virus generadores, atenuacion del virus sifilítico y sitio que ocupa en uno ó en otro sexo.*

LECCION 52.—*Adenitis sifilítica.—Pléyade ganglionar.—Ganglio anatómico.—Diagnóstico diferencial entre la adenitis sifilítica y la venérea.—Bubon sifilítico escrofuloso.—Cloro-anemia sifilítica.—Fiebre sífilis.*

LECCION 53.—*Anatomía patológica.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del accidente primitivo de la sífilis.*

LECCION 54.—*Periodo secundario de la sífilis.—Sistemas que afecta.—Linfitis y adenitis secundarias.—Perturbaciones de los órganos linfoides: bazo, glándulas gástricas é intestinales, amígdalas y cápsulas supra-renales.—Lesiones periósticas y sub-periósticas, dolores reumatóideos.—Perióstosis y exóstosis.—Ictericia sifilítica.—Esterilidad.—Síntomas nerviosos.—Cefalea, artralgiás, analgesias, anestésias, quío anestésias y parálisis.—Convulsiones.—Sinovitis serosa.—Higromas.—Contracturas musculares.—Aspecto y condiciones de las úlceras, heridas y fracturas de los sifilíticos.*

LECCION 55.—*De las sífilides en general.—Sus síntomas: color, unidad de forma elemental, indolencia, contagio, lento desarrollo, infartos ganglionares concomitantes, recidivas, formas distintas, reaccion ácida de sus humores, cicatrices, antecedentes del enfermo y tratamiento al cual ceden.—Su clasificacion en cutáneas, pilosas, unguinales y mucosas, y en eritematosas, pigmentosas, pustulosas, vesiculosas, empollosas, pustolosas, tuberculosas y escamosas.*

LECCION 56.—*Sífilides en particular.—Roseola.—Cloasma.—Líquen.—Ectima.—Acné.—Impétigo.—Pénfigo.—Rúpia.—Tubérculos y psoriasis sifilíticos.*

LECCION 57.—*Sífilides de los órganos pilosos: alopecia sifilítica.—Afecciones sifilíticas de las uñas: onixis y perionixis.—Sífilides de las membranas mucosas.—Eritema faríngeo.—Angina sifilítica.—Placas mucosas de la piel y de las membranas mucosas.—Sitios que ocupan.—Su diagnóstico diferencial.—Su contagio.—Su tratamiento.*

LECCION 58. — *Afecciones sifilíticas oculares.* — *Iritis parenquimatosa.* — Su naturaleza. — Epoca en que aparece. — Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCION 59. — Tratamiento de la sífilis en su periodo secundario. — Mercuriales. — Su accion. — Sus indicaciones. — Modo de emplearlos. — Ioduro de potasio.

LECCION 60. — Del *periodo terciario* de la sífilis. — Caracteres referentes á la estructura, topografía, número y tendencias de las lesiones de este periodo. — Lesiones terciarias de la piel. — Lesiones terciarias del tejido conjuntivo. — *Gomas.* — Sus síntomas. — Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCION 61. — Lesiones sifilíticas terciarias de las membranas mucosas. — *Gomas* de la lengua, velo palatino, faringe, laringe y recto. — Sifílides terciarias de los genitales.

LECCION 62. — *Lesiones sifilíticas terciarias de los huesos.* — Infiltracion gomosa. — Periostosis y exostosis. — Formaciones osteofíticas. — Osteitis condensante. — Necrosis sifilítica. — Dolores osteócopos. — Lesiones sifilíticas en las diferentes partes del esqueleto. — Tratamiento.

LECCION 63. — Del *testículo sifilítico.* — Su sintomatología. — Diagnóstico diferencial respecto del encefaloide, del tubérculo y del funques benigno del testículo. — Tratamiento del testículo sifilítico.

LECCION 64. — Tratamiento de las manifestaciones terciarias de la sífilis. — ¿Cuándo conviene simultaneear los mercuriales con el ioduro de potasio? — Del ioduro de potasio. — Vías por donde es absorbido y eliminado. — Su accion fisiológica. — Modo de administrar este medicamento en el periodo terciario de la sífilis. — Antagonismo respecto del clorato potásico. — Medicacion hidrológica en la sífilis. — Qué debemos pensar de la accion reactiva y curativa atribuida á los manantiales hidro-sulfurosos. — Hidroterapia. — Medicamentos reconstituyentes.

# ONCOLOGÍA

LECCION 65. — Clasificación de los tumores. — ¿Por qué no es aceptable la división de los tumores en benignos y malignos? (porque nada puede inducirnos á distinguir con seguridad los tumores que recidivarán de los que no han de recidivar).

Clasificación Clínica de Billroth, en cuatro grupos, á saber.	1.º	Solitarios ó múltiples, de desarrollo lento, que nunca se vuelven infectantes y que curan radicalmente por la extirpacion, por lo cual se llaman benignos.	Quistes, lipomas, fibromas, encondromas, osteomas, angiomas, neuromas y papilomas córneos.	
	2.º	Generalmente múltiples, de desarrollo variable, segun las circunstancias, que tienden fácilmente á la recidiva local, pero no son infectantes.	Sarcomas y adenomas.	
	3.º	De desarrollo rápido, siempre infectantes, tienden á la recidiva local y general, afectando antes los ganglios vecinos.	Carcinomas.	
	4.º	De crecimiento rápido, infectantes, múltiples y blandos.	Fungus medulares.	
Clasificación anatómica, en dos grupos, á saber:	1.º Enquistados ó envueltos en un quiste	Formado en espacios pre-existent.	Por extravasacion de sangre.	Hematomas y hematocelos.
			Por exudacion serosa.	Hidroceles é higromas.
			Por extrangulacion.	Lobanillos y quistes serosos de la cerviz.
			Por retencion.	Comedones, moluscos, milium, acro-cordon, ateromas.
	2.º Neoplasias, ó nuevas formaciones.	De nueva formacion.	Foliculares.	Pólipos vesiculares y quistes hidatídicos.
			Mucosos.	Ránulas, galactocelos, espermatoceles y quistes ováricos.
			En los conductos excretorios.	
			Por reblandecimiento del tejido del tumor.	
		Bajo el tipo de la sustancia conjuntiva.	Causados por la compresion ejercida por los elementos de la masa del tumor.	Quistomas genuinos.
			Normal.	Fibromas, lipomas, condromas y osteomas.
			Embrionaria.	Mixomas, sarcomas y cánceres del tejido conjuntivo.
			Bajo el tipo del tejido epitelial.	Tumores papilares, papilomas, cuernos, cánceres vellosos, tumores perlados y carcinomas epiteliales.
			Bajo un tipo más elevado.	Angiomas, neuromas y adenomas.



LECCION 66.— Del *fibroma* (neoplasia constituida por la hiperplasia del tejido conjuntivo adulto).—Sitios de estas producciones morbosas (las grandes expansiones del tejido conjuntivo condensado y resistente, á saber: la piel, la aponeurosis, el periostio, las membranas mucosas, las serosas y las sinoviales).—Formas generales del fibroma (*difusa*, como en la elefantiasis; *nudosa*, como en los tubérculos, y *papilar*, como en las vegetaciones).—*Fibroma de la bóveda palatina*.—Exposicion del caso clínico que á este asunto se refiere. (Mujer de 48 años, nerviosa y débil; tres años atrás tuvo estomatitis catarral, con infartos sub-maxilares y flemon palatino que terminó por supuracion, los cuales infartos le impedian abrir la boca; dilatado el absceso palatino notó en la parte posterior derecha de la bóveda una úlcera, en cuyo fondo nació y creció el tumor con que entró en la clínica; este tumor era duro é indoloro y aumentaba de volúmen durante los periodos menstruales; su tamaño como una avellana, elástico, algo movable y cubierto por la membrana fibro-mucosa del paladar, en el espesor de cuyo velo se perdía, sin obstruir la fosa nasal; lo cual le distinguia de un pólipa nasofaríngeo; el contacto del bolo alimenticio, en el acto de la deglucion, dispartaba una sensacion bastante incómoda; la neoplasia fué extirpada mediante el bisturí y el termo-cauterio, no siendo posible llegar hasta los límites más profundos del tumor á causa del sitio en que radicaba; pero se trató de destruirle hasta sus puntos de implantacion á beneficio de repetidas cauterizaciones con cloruro de antimonio; considerando terminada la extirpacion del tumor, la cicatrizacion no tardó en efectuarse, tomando entonces el alta la enferma; dos meses despues reingresó con un pequeño núcleo en el fondo de la depresion cicatricial del paladar; fué nuevamente cauterizada con el estilete del termo-cauterio y, ya otra vez cicatrizada la solucion de continuidad, la enferma volvió á salir del hospital, no sin que se abrigasen temores de otra recidiva.

LECCION 67.— Del *cáncer ó carcinoma*.—Su definicion, segun Virchow (tumor alveolar, en cuyos alvéolos contiene células epiteliales), y segun Reindfleisch (tumor de células epiteliales, en un estroma del tejido conjuntivo).—Patogenia del cáncer (segun Virchow, el tejido conjuntivo engendra los elementos epiteliales del carcinoma; Thiersch y Waldeyer creen que el cáncer es siempre epitelial y que



nace siempre de un epitelio y no del tejido conjuntivo, pues los productos de las derivaciones de las hojillas externa ó interna del blastodermo no se confunden con los de la hojilla intermedia, y así no se ha podido demostrar que cuando ha faltado un epitelio, haya sido este reemplazado por el tejido conjuntivo; de ahí que, segun estos autores, el carcinoma pueda definirse *un tumor epitelial atípico*).—Histología del cáncer.—Estructura alveolar (casi constante, pero no tan característica como cree Virchow; células de naturaleza epitelial como carácter culminante, segun los autores más modernos).—Carácter de las células epiteliales del cáncer (su forma es análoga á la de las variedades de los epitelios aplanados, cilíndricos ó glandulares normales).—Variedades que presentan estos elementos anatómicos (las células de los cánceres epiteliales tienen la misma forma que las del sitio en donde nacen; así, los cánceres cutáneos constan de células epidérmicas y los intestinales de células cilíndricas; los tumores secundarios ofrecen células del mismo tipo que los primitivos).—Modificaciones que experimentan las células del cáncer en sus formaciones secundarias (se hipertrofian, se aplastan, se rompen y quedan núcleos libres muy voluminosos, ó se vuelven angulosas, ó se llenan de una sustancia trasparente, ó se cornifican y agrupan, formando las *perlas epidérmicas*, ó, en fin, experimentan la degeneracion grasienda, calcárea ó colóidea).—Del estroma, ó tejido conjuntivo del cáncer (sirve de medio para la conduccion de los vasos; en tal concepto, sostiene la nutricion de las células epidérmicas, las cuales morirían si desapareciese el estroma y con éste los vasos; esto distingue el carcinoma del sarcoma, pues, en éste los vasos se distribuyen entre las células, sin tejido conjuntivo circundante).—Origen del tejido conjuntivo del cáncer (de nueva formacion, en la mayoría de los casos y producto de la neoplasia inflamatoria).—Casos en que falta el tejido conjuntivo de nueva formacion (en los cánceres de los ganglios, pues el estroma del ganglio hace las veces de dicho tejido).—Variedades que presenta el tejido conjuntivo en los cánceres (escasea en los medulares y colóideos; sobrea abunda en el escirro, hasta el punto de habersele llamado *cáncer de tejido conjuntivo*).—Cánceres glandulares, (que tienen su punto de partida en los epitelios de las glándulas, por lo cual suelen ir precedidos de adenomas).—Evolucion del cáncer (se pronuncia el carácter alveolar del estroma, las células pierden sus caracteres primitivos y se vuelven poli-

morfos, capsuladas y granulosas, se vasculariza el estroma, se dilatan sus mallas, proliferan las células, fórmanse ectasias y sobrevienen apoplegias en el tumor).—Antagonismo entre el crecimiento de las células y el estroma (cuando aquellas abundan, el estroma, comprimido por ellas, escasea y con él los vasos, y de ahí la mortificacion del tumor; lo contrario acontece cuando escasean las células, las cuales son comprimidas por el estroma, que viene á ser un tejido de cicatriz, que tambien comprime los vasos, causando la atrofia y la curacion del tumor).

LECCION 68.—Generalizacion del cáncer (expuesto á recidivas locales y generales; la infeccion va precedida de infartos ganglionares, hecho clínico que la distingue del sarcoma).—Propagacion local (por la aparicion de núcleos secundarios; ó *hijos*, alrededor del tumor primitivo, ó *matriz*; marchando la propagacion, por medio de estos núcleos en todas direcciones).—Propagacion general (por las vías linfáticas, afectando los ganglios).—Infartos ganglionares cancerosos (con aumento de produccion celular propia y con elementos epiteliales análogos á los del tumor primitivo; es el primer indicio de la generalizacion).—Infeccion de la sangre (destruidos los obstáculos que oponian los ganglios, los elementos cancerosos son llevados á la sangre y se difunden por toda la economía).—Propagacion por embolia (tiene lugar cuando el cáncer afecta los vasos sanguíneos y penetra en su interior).—Etiología del cáncer: causas traumáticas é irritaciones locales (muy frecuentes como determinantes, pero no bastan por sí solas, necesitándose una predisposicion individual).—Predisposiciones individuales (herencia y edad de más de 35 años).—Variedades del cáncer.—¿Puede hoy dia admitirse una distincion esencial entre el epitelioma y el carcicoma? (dado que, segun Thiersch y Waldeyer, todas las células del cáncer son epiteliales y éstas derivan siempre de un epitelio, no es posible admitir esta distincion y tampoco puede aceptarse el cáncer de tejido conjuntivo).—Cancróide ó carcicoma epitelial de la piel: su division en superficial (que comienza por una úlcera y se parece mucho al *lupus*), y profundo (que, teniendo su asiento en las glándulas cutáneas antes de ulcerarse, forma un abultamiento ó adenoma destructor, que no tarda en convertirse en verdadero cáncer).—Sitios preferentes del carcinoma epitelial (boca, labio inferior, prepucio y ano).—Cáncer glandular, ó car-

cinoma verdadero (sus células, menores que las del cáncer epitelial de la piel, proceden del epitelio de la glándula: hay en el tumor un predominio del tejido conjuntivo, ó estroma, sobre el elemento celular.)—Escirro ó cáncer del tejido conjuntivo (es una variedad del cáncer, caracterizada por el predominio extraordinario de un tejido conjuntivo, análogo al de las cicatrices, sobre los elementos celulares, de lo cual dependen la dureza y lento desarrollo del tumor).—¿Constituye el escirro un primer estadio, de *induracion*, necesario en todos los cánceres? (No, porque hay cánceres glandulares que no lo presentan).—Cáncer medular (manifestacion visceral secundaria, caracterizada por un grande desarrollo celular con estroma escaso, lo que hace que sea blando el tejido).—Cáncer colóides (estroma vascularizado, con alvéolos que contienen materias colóideas, con células epitiales; es menos propenso que las otras variedades á la recidiva general).—Cáncer de los huesos (siempre secundario de aspecto medular, con corpúsculos óseos y células epiteliales en los alvéolos).

LECCION 69.—Del curso clínico del cáncer.—Cáncer de la piel.—Sus formas iniciales (úlceras ó botones).—Forma ulcerosa del carcinoma epitelial ó ulcerosa corrosiva (indolente, lenta, circunscrita á la localidad, con vegetaciones pequeñas, que si bien á veces presenta islotes cicatriciales, nunca, como en el lupus, la cicatriz central alcanza á la periferia; suele operarse sin recidiva).—Forma de botón ó *cáncer epitelial infiltrado* (trabajo activo, con crecimiento considerable, dolores, hemorragias, adherencias á la piel y ulceracion, por donde sobresale el tumor, exhalando un sanies que causa erosiones; infartos ganglionares y tumores discontinuos, ó núcleos secundarios próximos).—Alteraciones que sufren los tejidos afectados por esta forma de cáncer (obliterra ó perfora las venas y las arterias, causando edemas y hemorragias; tarda en atacar los nervios, que son asiento de dolores vivísimos paroxísticos; los músculos sufren la degeneracion grasienta ó colóidea y pierden su contractilidad; en los huesos, primero es afectado al periostio).—Cáncer de las membranas mucosas (análogo al de la piel, pero más maligno que éste).—Estados caquéticos (no son debidos, en el cáncer de la piel y de las mucosas, á la infeccion cancerosa, sino á la anemia causada por las hemorragias y supuraciones profusas y á la septicemia crónica).—Curso clínico del carcicoma glandular

(en un principio, núcleo duro y estacionario, que constituye el *escirro*, ó se difunde pronto y con regularidad, como sucede en el *cáncer simple*; dolores lancinantes al crecer; son rápidamente atacados los ganglios linfáticos; aparecen núcleos secundarios, ya en las partes superficiales, ya en las profundas, y, por último, infecta la sangre, y fórmanse cánceres en partes distantes del tumor primitivo; raras veces se propaga por embolia).—Localizaciones secundarias del cáncer (comienzan por los sistemas capilares de la circulación menor, ó sea en el hígado y en los pulmones, despues se propagan á toda la economía).—Forma aguda de la generalización del cáncer, ó *carcinosis miliar* (comparable á la *tuberculosis miliar*; pues, como ésta, va acompañada de fiebre y es rápidamente mortal).—Pronóstico del cáncer (aunque rara vez, puede la curación espontánea tener lugar por metamorfosis regresiva del tejido, por eliminación del tumor, por un proceso supuratorio, ó por gangrena).—¿Es curable el cáncer? (lo es por la extirpación completa y tempranamente practicada).—Diagnóstico del cáncer.—Puntos de mira en que debe fundarse: 1.º, sitio (pues hay partes, tales como el labio inferior, la lengua, el recto, el glande, la vagina, el exófago, el piloro, las mamas, los testículos y las parótidas, en donde se ven frecuentemente cánceres primitivos y en ellas nunca los secundarios); 2.º, edad (en caso de duda, si el enfermo tiene mas de 40 años, hay motivo para creer en el cáncer); 3.º, relaciones con las partes vecinas (el cáncer está íntimamente relacionado con los tejidos próximos); 4.º, dureza (todos los cánceres, excepto los epiteliales superficiales, comienzan por un núcleo duro, que aumenta primero en consistencia, pero que más tarde se reblandece).—Fenómenos clínicos que caracterizan al cáncer en los periodos más adelantados de su desarrollo (desenvolvimiento lento, dolores provocados por la compresión y espontáneos, que se exacerban por la noche; temprana aparición de infartos ganglionares y ulceración con masas epiteliales en la superficie).—Tratamiento del cáncer (son inútiles las medicaciones internas, á no ser como paliativas del dolor, tónicas y desinfectantes; localmente, el termo-cauterio, la extrangulación, y sobre todo la extirpación con el bisturí, practicada tempranamente y de un modo completo).

LECCION 70.—Historia de un escirro de la mama.—(Mujer de 64 años, viuda; á consecuencia de un golpe en la mama

izquierda, formósele un núcleo duro, que quedó largo tiempo estacionado, siendo asiento de dolores lancinantes; desde un año, crecimiento gradual del tumor, el cual vino á ulcerarse, quedando destruidos pezon y aréola; al entrar en la clínica, se tocaba un núcleo duro y elástico en el segmento superior de la mama; en lugar del pezon y de la areola, una úlcera profunda y anfractuosa, cubierta por una escara, de cuya circunferencia fluía abundante pus fétido; la glándula habia disminuido mucho de volúmen; la enferma acusaba en ella dolores lancinantes, que se exacerbaban por las noches; no habia infartos axilares; las fuerzas estaban deprimidas; habia tinte anémico, más no térreo, y desórdenes gástrico-intestinales; se practicó la ablacion de la mama; se hicieron suturas profunda y superficial y se curó segun el método Lister; la herida cicatrizó, la enferma se repuso y salió de la clínica con apariencias de curacion, aun cuando es de temer la repululacion de la neoplasia.)

LECCION 71.—Historia clínica de un epitelioma del labio inferior.—(Hombre de 64 años, labrador, constitucion deteriorada y temperamento linfático, tres años antes le habia aparecido una grieta en el centro del labio inferior y luego en tal sitio se le formó un abultamiento, que fué creciendo con mucha lentitud, hasta que, poco tiempo antes de ir al hospital se le ulceró. Al entrar presentaba abultado el labio inferior en su borde libre, mitad derecha, hasta la comisura; habia una úlcera cubierta de una gruesa costra estratificada, á través de la cual se veían abundantes vegetaciones; apenas se notaba supuracion; habia, en cambio, estomatitis y considerable flujo salival; el afecto, que era muy doloroso, especialmente durante las noches, oponia serio obstáculo á la prension bucal de los alimentos; en la region sub-maxilar se tocaban algunos ganglios algo abultados; á pesar de estos síntomas, se vaciló momentáneamente en el diagnóstico, pudiendo ser una escrofúlide maligna; razon por la cual, siquiera para tener una prueba clínica más, se ensayó un tóxico anti-escrofuloso: el aceite de enebro; este agravó los dolores y no modificó favorablemente la úlcera; en consecuencia, quedó firme el diagnóstico de *epitelioma*; razon por la cual se procedió á la extirpacion del labio y queiloplastía por el método de Celso, proceder de Chopart, con lo que se obtiene un labio algo deficiente, á causa de la grande extension de la neoplasia, pero cubierto de mucosa en su borde libre; la herida opera-



toria, á pesar de algunos accidentes, marchó hácia la cicatrizacion y el enfermo salió con apariencias de curacion, pero con fundados temores de recidiva).

LECCION 72.—Historia clínica del *sarcoma*.—Diferentes significados de esta palabra en las diversas épocas de la historia (confundido por Galeno con los pólipos; más tarde se dió el nombre de sarcoma á los tumores benignos cubiertos por la piel y formados de tejido muscular escasamente vascularizado, creyéndose que podian supurar y aun transformarse en cánceres; otros confundieron el sarcoma con los tumores vasculares fungosos, y á principios de este siglo, llamábanse sarcomas á todos los tumores que, no siendo quísticos ni lipomas, no pertenecian á la categoría del cáncer).—Definicion del sarcoma segun Virchow (una produccion, cuyo tejido corresponde á los de sustancia conjuntiva, que se distingue de todas las otras de su especie por el predominio de los elementos celulares, conservando empero éstos y la sustancia intercelular el tipo del tejido que les ha dado origen).—¿Constituye el sarcoma una neoplasia especial, ó es una manera de ser que pueden presentar diferentes tumores óseos, fibrosos, cartilaginosos ó mucosos?—Cierto que un osteoma, un fibroma, un condroma, un mixoma, un glioma ó una vegetacion pueden trasformarse ó *degenerar* en sarcoma; pero abundan en la clínica los casos en que el carácter sarcomatoso de un tumor se presenta definido en sus elementos anatómicos desde el punto en que éstos salen del periodo de granulacion, y es tambien un hecho que cuando un tumor óseo, fibroso, mucoso, cartilaginoso, etc., se ha vuelto, siquiera parcialmente, sarcomatoso, constituyendo un osteo-sarcoma, un fibro-sarcoma, un condro-sarcoma, un mixo-sarcoma ó un glio-sarcoma, al generalizarse no se caracteriza la nueva produccion por la aparicion de formaciones del tejido óseo, fibroso, condroideo, etc., primitivas, sino por la presencia de elementos de carácter sarcomatoso; de todo lo cual se deduce la esencialidad clínica del sarcoma).—Variedades y nomenclatura del sarcoma: 1.º, segun la naturaleza del tejido primitivo (hay un sarcoma fibroso, ó *fibro-sarcoma*; otro mucoso, ó *mixo-sarcoma*; otro glioso, ó *glío-sarcoma*; otro melánico, ó *melano-sarcoma*; otro cartilaginoso, ó *condro-sarcoma*; y otro óseo, ú *osteo-sarcoma*); 2.º, en razon á su consistencia (se dividen en *duros*, que tienen mucha sustancia intercelular y pocas células, y *blandos*,



que se llaman *medulares* ó *multi-celulares*, por la grande abundancia de células).—3.º Por el volúmen de los elementos celulares (se denominan: *parvi-celulares*, de pequeñas células parecidas á granulaciones, análogas á las del glioma y del mixoma y que constituyen frecuentemente el glio-sarcoma ó el mixo-sarcoma, y *magni-celulares* ó *giganto-celulares*, en que las células son muy voluminosas.) 4.º Por su vascularizacion (llámanse *telangiectásicos* ó *hemorrágicos* aquellos en que los capilares están muy dilatados y dan copiosas y frecuentes hemorragias); 5.º por las relaciones con los tejidos próximos (son *difusos*, ó por infiltracion, *enquistados*, ó quisto-sarcomas, ó *tuberosos* que resultan del desarrollo y agrupacion de nudosidades sucesivas, dando lugar al *sarcoma poliposo*); 6.º por la figura de los elementos celulares (partiendo del principio de que estos son siempre células de tejido conjuntivo aumentadas en número y volúmen, el sarcoma puede ser *fuso-celular*, ó *tumor fibro-plástico*, formado de células fusiformes, con núcleo central, que terminan por prolongaciones frecuentemente ramificadas, y *globo-celular*, de células esferoidales, de aspecto parecido á las del cáncer, de las que se distinguen por la falta de estroma alveolar y por no estar independientes de la sustancia intercelular).—Diagnóstico histológico diferencial entre el sarcoma globo-celular milóideo y el carcinoma. (Bien que los grandes núcleos de las células de este sarcoma aparezcan frecuentemente al microscopio como células disociadas, los reactivos manifiestan que son grandes núcleos desprendidos de las grandes células en que se hallaban contenidos, y esto bastaria á distinguirlos de las células epiteliales del cáncer, si, por otra parte, no confirmasen el diagnóstico la falta de alvéolos en el estroma y la conservacion de las relaciones de las células del sarcoma con la sustancia intercelular; las células cancerosas se hallan como anidadas é independientes en los alvéolos del estroma, de donde se las puede extraer por medio de un pincelito).

LECCION 73.—Del *sarcoma escrofuloso* ó *glandular* (que afecta á los ganglios linfáticos).—¿En qué se distingue de los tumores escrofulosos propiamente dichos? (por su mayor desarrollo, por no tender á la degeneracion caseosa y por su escasa propension al reblandecimiento y á la ulceracion).—¿Qué se entiende por *mieloplaxas*? (las células sarcomatosas de gran tamaño que, conteniendo muchos y muy grandes

núcleos, son comparables á las de la médula de los huesos). *Magni ó gigante celular*. ¿En qué se distingue histológicamente del cáncer esta variedad del sarcoma? (en que en aquel las células agrupadas forman un apariencia un solo elemento anatómico, mientras que en éste la mayor magnitud de las células es real y no resulta de la agrupacion de los elementos; por esto el sarcoma no da por expresion el jugo lechoso característico del cáncer).—Etiología del sarcoma.—Predisposiciones orgánicas individuales (deben admitirse, atendida la frecuencia con que se vuelven sarcomatosas las deformidades congénitas de la piel y en especial los nevos pigmentarios y las verrugas).—Influjo de las edades. (En la infancia del sarcoma invade los arcos alveolares que pasan por su período de evolucion; en la pubertad es frecuente en los testículos).—Cómo se contrabalancean las predisposiciones al cáncer y al sarcoma en las diferentes edades de la vida (en la infancia, juventud y virilidad, hasta los 40 años, son frecuentes los sarcomas y raros los cánceres; desde 35 años en adelante aumenta la predisposicion al cáncer y disminuye la frecuencia del sarcoma).—Irritacion local (casi siempre obra á título de causa ocasional, ya para determinar la aparicion de un sarcoma primitivo, ya para transformar en sarcomatosa otra neoplasia preexistente).—Influencia de la textura de los órganos (los glandulares y en especial los testículos, los ovarios, las mamas y los ganglios linfáticos son los más predispuestos al sarcoma; lo cual no es decir que no se observe en otras partes, tales como la piel, el tejido intermuscular, el neurilema, el cerebro, las membranas serosas, el perióstio y la médula de los huesos y en especial en las epífisis de los largos).—Malignidad del sarcoma. (Como consta de células vivas y movibles, propende á difundirse y á causar infeccion, que constantemente comienza por los tejidos inmediatos al tumor primitivo).—¿Puede el cáncer transformarse en sarcoma? (No, porque aquel consta de células epiteliales, que no son susceptibles de experimentar las evoluciones propias del tejido conjuntivo que carecterizan la neoplasia sarcomatosa).—Recidivas, (son muy frecuentes las locales, en razon á la movilidad de los elementos del sarcoma; pero pueden tambien presentarse en sitios apartados del tumor primitivo; manifestándose los tumores secundarios en sitios correspondientes al curso que sigue la sangre; bien que, en otros casos, aparecen en sentido opuesto de la direccion de esta corriente).—Metástasis del sarcoma.—Puede te-

ner lugar en todos los órganos de la economía, pero los más predispuestos son el hígado y los pulmones, siendo los melano-sarcomas los que con mayor frecuencia se generalizan por metástasis).

LECCION 74.—Pronóstico del sarcoma.—(En general, grave por su malignidad, expresada por su manifiesta propension á la recidiva local y á la generalizacion).—¿Cómo modifican el pronóstico las condiciones especiales del tumor? (los más blandos son los más malignos, porque son los que se generalizan más pronto; los capsulados ó enquistados son menos graves que los difusos; los de células gigantes y los fibro-sarcoma son menos malignos que los parvi-celulares, pues, aun cuando presentan algunas veces la recidiva local, no suelen generalizarse).

Diagnóstico clínico del sarcoma.—(Tumor de forma, consistencia y magnitud variables, que, cuando blando, presenta una pseudo-fluctuacion, que solo permitiria confundirle con un lipoma blando, un mixoma ó un carcinoma reblandecido, y que, cuando duro, es difícil de distinguir del osteoma, del encondroma y del fibroma). ¿Cuáles son los caracteres clínicos más distintivos del sarcoma? (aparecer antes de los 38 ó 40 años y crecer rápidamente).—Tratamiento. (Extirpar tempranamente; amputar el miembro, si el tumor radica en segmento poco importante; fiarse poco de los cáusticos, de la ligadura de las arterias y de las corrientes eléctricas.)

LECCION 75.—Exposicion de la historia clínica de un *sarcoma cístico del testículo*. (Sujeto linfático-nervioso, sastre, de 28 años, que á los 22 tuvo blenorragia de la que curó perfectamente y sin complicacion de epididimitis; tres años atrás, sin causa para él conocida, comenzó, decia, á inflamársele el testículo derecho, por lo cual empleó pomada mercurial y cataplasmas emolientes, consiguiendo calmar repetidas veces la inflamacion, aun cuando no hacerla desaparecer del todo. Ultimamente el testículo se habia inflamado mucho, por lo que se vió obligado á pasar al hospital; al ingresar, el tumor era del volúmen de un pepino grande, de figura cilindróidea en su parte superior, correspondiente al epididimo y cordon espermático, y cónica, como el segmento interior de un pera grande, en su parte baja; al tacto daba diferentes sensaciones de dureza, blandura y fluctuacion en distintas partes de su superficie; el escroto algo tu-

metacto, rubicundo y caliente; el enfermo acusaba dolores cuando se le comprimía el tumor; antes los había habido espontáneos, pero éstos ya no existían cuando vino á la clínica; diagnosticada una neoplasia maligna y creyendo que había derrame seroso en la vaginal, antes de proceder á la ablacion del tumor, se practicó una puncion exploradora, por la cual se evacuó una corta cantidad de humor seroso; poco despues se procedió á la *orquiotomia*, practicando dos ligaduras en masa en la parte más elevada del cordon; se reunió la herida con puntos de sutura, y el afecto marchó sin contratiempos por la vía de cicatrizacion; en tal estado, el enfermo fué dado de alta; dos meses despues reingresó, con el tumor repululado sobre la misma cicatriz: era el *sarcoma* que retoñaba con extraordinarios brios, radicando en la parte más elevada del cordon espermático; toda esperanza de curacion se habia perdido y se apeló á un tratamiento meramente paliativo.)

El exámen histológico del tumor puso de manifiesto los elementos anatómicos del sarcoma fuso-celular, con los cuales alternaban sin número de quistes de diferentes tamaños, y núcleos de materia caseosa, vasos, nervios y conductos espermáticos aun no destruidos.

# FLOGOLOGÍA

LECCION 76.—De la erisipela (flegmasia de las redes linfáticas y sanguíneas superficiales del dérmis).—Interés quirúrgico de esta flegmasia (además de que es frecuente la erisipela como complicacion de los traumatismos graves, la inmensa mayoría de las llamadas espontáneas son originarias de una irritacion local en el tegumento).—Fisiología patológica, ó explicacion de los síntomas locales y generales de la erisipela (la continuidad de las redes linfáticas del dérmis da cuenta de la propagacion ó *deambulacion* de la erisipela; la irritacion de los vasos linfáticos, cuyo origen se encuentra en los espacios intercelulares del tejido conjuntivo, determina un aumento de elementos fibrinógenos en la linfa, el cual se acentúa más si la flegmasia se propaga á los ganglios linfáticos; de ahí resulta una *hiperinosia*, ó exceso de fibrina en la sangre, causa de la excitacion de los vasos y, por consiguiente, de la calentura y demás fenómenos generales, que muchos consideran como primitivos y esenciales en la erisipela).—Tratamiento de la erisipela.—Consideraciones relativas á la importancia de las medicaciones general y tópica (las sangrías, los eméticos, los purgantes y los atemperantes, que muchos prescriben para cumplir la indicacion causal, satisfacen meras indicaciones sintomáticas; la indicacion causal solo puede cumplirse con remedios tópicos).—¿Cómo obran los sahumerios, el almidon, el colodion, el nitrato de plata y demás tópicos recomendados para com-



batir las erisipelas? (interponiendo un agente aislador, que es á veces la misma epidérmis cauterizada, entre las redes linfáticas flogoseadas y el aire atmosférico).—¿Cuál es el mejor de los recursos terapéuticos para combatir la erisipela? (la disolución de silicato de potasa, á 40° del areómetro, de Beaumé, en embrocaciones, dos ó tres veces repetidas en un mismo día, en toda la extension de la superficie erisipelada ó el colodion elástico aplicado de la misma manera.—Efectos de este tratamiento (rápida declinacion de la flegmasia, cesacion de la fiebre y demás síntomas generales).—¿Cómo se explica la accion de estos remedios? (el silicato, ó vidrio soluble, así como el colodion, forma una capa impermeable que aísla del contacto atmosférico la flegmasia erisipelatosa; desde entonces cesa de tener lugar en la piel la oxidacion excesiva de los principios albuminóideos de la sangre, por lo cual ya las vías linfáticas no aportan al torrente sanguíneo elementos termógenos).—¿Es de temer la repulsión de la erisipela cuando se emplea este medio? (no; pues la enfermedad es de origen local, y en su origen se ataca; la experiencia clínica confirma que este tratamiento es de todo punto inofensivo y siempre útil, por más que en algunos casos no evite del todo la deambulacion).

LECCION 77.—Consideraciones clínicas sobre el asientoy naturaleza del flemon.—¿Puede continuarse diciendo qué es la inflamacion del tejido conjuntivo areolar? (No, pues aun cuando en el flemon se inflame este tejido, es siempre despues de haberse iniciado la inflamacion por los vasos linfáticos; en tal concepto, en cada flemon hay que considerar una angiroleucitis primitiva).—Pruebas anatómica de esta manera de ver (el tejido conjuntivo areolar no tiene vasos propios; solo sirve de atmósfera para repartirlos entre los órganos: es una especie de pia-madre universal; la irritacion del tejido conjuntivo solo puede ser formativa, determinando la proliferacion de sus corpúsculos; si algo puede inflamarse son, pues, los vasos que le atraviesan, pues la hiperemia es condicion prévia indispensable para el exudado inflamatorio).—Pruebas clínicas (la mayor parte de los flemones reconocen como causa ocasional lesiones superficiales de la piel en su red linfática; los linfáticos superficiales tienen repetidas comunicaciones con los profundos, y esto explica las grandes flegmasias que, en el tejido conjuntivo subcutáneo é intermuscular, subsiguen á lesiones tan su-

perficiales y al parecer de tan poca monta en el tegumento; numerosos hechos clínicos demuestran tambien que un pequeño rasguño de la piel ha sido causa de un flemon en una region apartada de aquella en que tuvo lugar la lesion primitiva, aunque enlazada con ésta por vasos linfáticos, frecuentemente inflamados en su trayecto, quedando exenta de inflamacion una extension mayor ó menor de tejido conjuntivo comprendida entre la lesion primitiva y el flemon).—Ventajas de esta manera de considerar el flemon (explícanse sin dificultad casos como los siguientes observados en la clínica: una adenitis inguinal supura; fórmase un absceso gangrenoso en el escroto y piel del pene, quedando libre un grande espacio; aparece despues un absceso en la region posterior del muslo, y al fin se presenta otro subcutáneo en la region del vacío del mismo lado; grandes intervalos, regiones enteras, de tejidos sanos median entre anos y otros abscesos; la aparicion de los abscesos consecutivos no va precedida ni acompañada de los síntomas de la pioemia; la disposicion de los vasos linfáticos da cuenta de la irradiacion de la flegmasia que tenia su primitivo asiento en un ganglio inguinal).—Confirmacion histórica de esta doctrina (los síntomas asignados por los A. A. al flemon angioleucítico no difieren de los propios de flemones comunes).—Pruebas sacadas de la Anatomía patológica (comienza la inflamacion por el endotelio de los vasos linfáticos; éste es destruido, el vaso se dilata considerablemente y se hincha de glóbulos blancos, despues la inflamacion pasa á la túnica externa y de ahí al tejido conjuntivo ambiente.)

LECCION 78.—Del flemon difuso (flegmasia que tiende á cundir rápidamente por el tejido conjuntivo sub-aponeurótico é intermuscular, esfacelándolo); su etiología (irritaciones locales, más ó menos profundas y crónicas, exacerbada por estímulos, compresiones ó traumatismos extemporáneos; los trastornos digestivos constituyen una predisposicion; no está probado el contagio).—Anatomía patológica (al principio hay infiltracion sero-sanguinolenta en las mallas del tejido areolar sub-cutáneo y sub-aponeurótico; luego esta serosidad se inspisa y vuelve blanquecina, y más tarde se reblandece y se convierte en pus; el tejido conjuntivo se gangrena en largos colgajos infiltrados de pus, que más tarde son eliminados á través de los orificios que dejan las escaras de la piel una vez desprendida).—Síntomas.—Pri-

mer periodo, ó de invasion. (Fenómenos febriles que remedan una intermitente perniciosa ó una tifóidea; son entónces aún poco acentuados los síntomas locales). Segundo periodo ó inflamatorio (tumefaccion y rubicundez arborizada ó en chapas lustrosas; pastosidad; dolor urente ó de extranguacion; grande aumento de la fiebre con delirio y síntomas gástricos; aparecen vesículas en el sitio del mal, las cuales pronto se convierten en ampollas repletas de serosidad sanguinolenta). Tercer periodo de mortificacion (remiten todos los síntomas, tanto generales como locales, disminuyen la hiperemia, la tumefaccion y el dolor; la piel adquiere un aspecto mortecino ó lívido: apariencias engañosas de mejoría, que son desvanecidas al entrar el cuarto periodo). Cuarto periodo, ó de eliminacion de las escaras. (Las escaras cutáneas se desprenden á beneficio de una supuracion periférica; quedan anchas aberturas, por las cuales salen grandes colgajos de tejido conjuntivo esfacelado, infiltrados de pus; los síntomas generales toman un aspecto adinámico, y en tal estado puede morir el enfermo, aun cuando muchas veces se triunfa de la eliminacion y comienzan los trabajos de reparacion).—Pronóstico (grave, en general, pero con grandes esperanzas de detener el curso de la inflamacion si se diagnosticó desde el principio).—Tratamiento (al principio, unciones mercuriales y cataplasmas emolientes; si no disminuyen pronto los síntomas, copiosas aplicaciones de sanguijuelas, y si éstas no bastan, profundas, largas y numerosas escarificaciones; en el periodo de gangrena, cocimiento de quina alcanforado, en lociones y fomentos muy calientes; en el de eliminacion de las escaras, extraerlas, así como los colgajos esfacelados).

LECCION 79.—Estudio de los flemones de los dedos—*panadizos*—y de la mano, desde el punto de vista de la distribucion de los vasos linfáticos de estas regiones. Descripcion de las principales líneas de la mano como límite de regiones linfáticas (forman una M, con una rama *externa*, ó *tenar*, que circunscribe la base del pulgar; otra *digital*, que comienza á 1 centímetro por encima del primer espacio interdigital y termina en el tercio inferior del borde cubital de la mano; otra *interna*, ó *hipotenar*, que limita la region de este nombre, y otra *intermedia*, que, partiendo de la parte inferior é interna de la rama externa, viene á cortar la rama interna). Departamentos que en la palma de la mano resul-

tan limitados por estas líneas (cuatro departamentos: el *externo* y el de la region *digital externa*, colocado por fuera de la línea digital, dan paso al tronco linfático superficial mayor, que atraviesa la aponeurosis palmar media, y, marchando entre ésta y los tendones de los flexores de los dedos hácia el adductor del pulgar, pasa á la cara dorsal del primer espacio inter-óseo, anastomosándose con los linfáticos del pulgar é índice; en el *departamento interno*, correspondiente á los tres últimos dedos, se encuentran los tronquitos inferiores procedentes de los espacios interdigitales respectivos, que luego se reflejan, para ir á la cara dorsal de metacarpo y anastomosarse con los linfáticos de los dedos; el departamento *interno* ó *hipotenar*, contiene los vasos linfáticos de esta region, que se dirigen por el borde cubital de la mano).—Vasos linfáticos profundos (siguen el trayecto de los vasos arteriales y van pegados á las vainas de los tendones).—Importancia de este conocimiento anatómico (conduce á determinar la marcha que podrá seguir un flemon superficial al extenderse ó hacerse profundo).—Especies de panadizos.—1.<sup>a</sup> Panadizo superficial, ó *dactilitis cutánea*, sus variedades (*eritematoso*: es la angioleucitis superficial, caracterizada por hinchazon y rubicundez difusa; *flictenoso*, con formacion de ampollas; *ungueal*, que reside debajo de la uña y causa vivos dolores por la compresion de las papilas nérveas, y *antracoideo*, de aspecto forunculoso, cuyo asiento es la red linfática que rodea á los folículos pilosos; todos pueden dar lugar á panadizos de 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> especie).—2.<sup>a</sup> panadizo ó *dactilitis subcutánea* (afecta los tejidos comprendidos entre la piel del pulpejo y la vaina tendinosa; las variedades de panadizo *panicular*, que corresponde al tejido subcutáneo, y *flemonoso disecante*, que afecta al tejido conjuntivo que rodea á la vaina tendinosa, así como el *panadizo gangrenoso*, de Bauchet, corresponden á la inflamacion de los linfáticos subcutáneos que, como las arterias, marchan adheridos á las vainas tendinosas; la forma gangrenosa depende de la obliteracion de los vasos que conducen sangre á la piel ó á las falanges).

LECCION 80.—Flemones de la palma y dorso de la mano (son verdaderas angioleucitis, de marcha análoga á los panadizos).—Su division en superficiales, subcutáneos y profundos.—Flemones superficiales: su distincion en eritematosos, flictenosos y antracóideos.—Denominaciones más

adecuadas atendida la situacion de los vasos linfáticos primitivamente afectados (llamaríanse más propiamente *angioleucitis reticular localizada*, y *angioleucitis reticular progresiva* ó *invasora*; la primera es susceptible de extenderse en profundidad, propagándose á otras redes linfáticas; la segunda invade rápidamente el antebrazo y los ganglios epitrócleos y axilares, desapareciendo con la fugacidad de la erisipela ó estacionándose y profundizando para dar origen al flemon subcutáneo).—Flemones subcutáneos (ocupan el dorso ó la palma de la mano; en el primer punto no son jamás primitivos, sino resultado de la propagacion de una angioleucitis del dedo ó de la palma).—Etiología (punturas, escoriaciones, picaduras anatómicas ó con instrumentos impregnados de principios sépticos, y sobre todo, á consecuencia de la inflamacion de las callosidades que se forman en la palma de la mano, por el ejercicio de ciertas profesiones).—Síntomas locales (1.<sup>er</sup> periodo; dolor lancinante que se irradia al antebrazo y aun al brazo y aumenta á la presion; rubicundez y tumefaccion, al principio localizadas, pero que luego se difunden en todos sentidos; 2.<sup>o</sup> periodo: la tumefaccion y rubicundez se extienden á la region dorsal de la mano, á la muñeca y hasta las articulaciones falango-falangínicas, separándose unos de otros los dedos; 3.<sup>er</sup> periodo: supuracion, del 5.<sup>o</sup> al 6.<sup>o</sup> dia, formándose un absceso, circunscrito ó difuso, que frecuentemente se abre por el sitio por donde comenzó el flemon, levantando una ampolla epidérmica y dando lugar al absceso llamado en forma *de boton de camisa*, por haber dos colecciones de pus, una superficial y otra profunda, puestas en relacion por un trayecto angosto).—Síntomas generales (reaccion febril, más ó ménos graduada segun las condiciones individuales).—Flemones profundos: su division clínica en flemones de tejido areolar y de las vainas tendinosas (los primeros reconocen por causa un traumatismo en las partes más superficiales y son efecto de la propagacion de la flegmasia; los segundos resultan del ejercicio inmoderado de los tendones de los flexores de los dedos ó proceden de un panadizo del pulgar ó del meñique; pero, como se observan tambien á consecuencia de panadizos de los otros tres dedos, no puede invocarse la propagacion á la palma á la mano por las vainas de los tendones digitales, debiéndose explicar por la disposicion de los vasos linfáticos).—Síntomas del flemon sub-aponeurótico simple (tumefaccion uniforme y total de la mano, con rubicundez, dureza



ó pastosidad, que se propaga rápidamente al antebrazo, por encima de la muñeca; dedos en extension y no muy dolorosos á la flexion). Síntomas del flemon de las vainas tendinosas (dolor muy vivo al tratar de doblar los dedos; las falanges metacarpianas en extension sobre los huesos del metacarpo, pero las falanginas en flexion sobre los falanges, y las falangitas dobladas sobre las falanginas—dedos gafos; —la tumefaccion iniciada en la palma de la mano, propágase rápidamente á la parte inferior y anterior del antebrazo, alcanzando mayores proporciones en este punto, hasta que están distendidas las vainas tendinosas y que, pasando por detrás del ligamento anular del carpo, forman un fondo de saco por encima de la articulacion de la muñeca; entonces aumenta la tumefacion del hueso de la mano y la coleccion presenta un aspecto cucurbitiforme: hay dos colecciones, una palmar y otra antebraquial, separadas por una extrangulacion intermedia, debida al referido ligamento anular; la compresion manifiesta movimientos de fluctuacion, ó de vaiven, que se dirigen de la palma de la mano al antebrazo).— Tratamiento de los flemones y abcesos de los dedos y de al mano (atender con el mayor esmero á las escoriaciones y lesiones superficiales, para prevenir la propagacion de la flegmasia á otras redes linfáticas; iniciada la angioleucitis, desbridar; si no se llega á tiempo aplicar tempranamente sanguijuelas y cataplasma emolientes; en un periodo algo más adelantado, desbridar prematura, extensa y profundamente; si hay tendones ó huesos mortificados, procurar su extraccion).

LECCION 81. — De la adenitis en general. — Su division en aguda y crónica. — Adenitis aguda. — Su division en simple y específica. — Etiología. — Disposiciones anatómicas de los ganglios linfáticos que les colocan en aptitud para sufrir la adenitis por diversas causas (directas ó violencias sobre los ganglios; indirectas, ó por la propagacion de la flegmasia primitivamente en los vasos linfáticos, por infeccion ó transporte de materiales específicos, por la absorcion linfática, al seno de los ganglios). — Síntomas; primer periodo, ó de induracion; (ganglios hiperemiados, duros movibles y algo dolorosos; luego aumentan la tumefaccion y el dolor, siendo obstáculo para los movimientos, y la parte se pone rubicunda y caliente; despues se confunden los ganglios con el tejido areolar circundante, tambien inflamado. — Se-

gundo periodo, de supuracion, ó reblandecimiento, (formacion de múltiples focos purulentos en el parénquima del ganglio; frecuentemente, propagacion de la supuracion al tejido areolar próximo: síntomas de un absceso caliente circunscrito, con ó sin fenómenos febriles precedentes).—Terminaciones: resolucion (frecuente), induracion (mucho ménos), supuracion (tambien muy frecuente). — De la adenitis aguda simple de los ganglios inguinales. — En qué se distinguen del bubon virulento ó de absorcion (en el primer periodo no hay distincion posible, sino en cuanto se pueda colegir de los precedentes; despues de abierto, el bubon virulento se convierte en chancro), y del sifilítico (este es poli-ganglionar, bis-inguinal, y raras veces se inflama y supura).

LECCION 82. — Adenitis cervical escrofulosa. — Lesiones periféricas que la preceden (grietas en los labios, otorrea, ectima en el dermis cabelludo, etc.)—Marcha de la adenitis; induracion, supuracion (larga, flúida y abundante), cicatrizacion (deforme).— Aplicacion de estos hechos á la doctrina del origen local de las discrasias (lo único primitivo es la vulnerabilidad del sistema linfático periférico; de ahí procede la lesion que altera los glanglios y de ésta la discrasia escrofulosa). — Aplicacion de esta doctrina á la terapéutica de la escrófula, (combatir las lesiones periféricas primitivas, para evitar la adenitis consecutiva; atacar la adenitis, para evitar la discrasia escrofulosa). —Medios terapéuticos contra la adenitis cervical escrofulosa; locales (pomadas fundentes y resolutivas ó ioduradas-manteca 30,—ioduro potásico 3,—iodo iodurada—manteca 30, ioduro potásico 3, iodo 1).—Algodon iodado. — Emolientes (en el periodo de supuracion). — Dilatacion.—Medios terapéuticos generales (reconstituyentes, ioduro de hierro—5 centígramos por dosis, en jarabe ó en píldoras,—aceite de hígado de bacalao, de 60 á 100 gramos diarios, en las refacciones).

LECCION 83. — Del antrax ó forúnculos acumulados. — Síntomas (tumor inflamatorio, no cónico, como los diviesos, de cuya acumulacion está formado, sino esferoidal, rubincundo en la base y violáceo en el vértice, en donde se desprende la epidermis, presentándose el dermis acribillado de agujeros —avispero—por donde, comprimiendo, sale pus mezclado con productos pseudos-membranosos y paquetes de tejido conjuntivo esfacelado, que constituyen el *clavo*).—Mar-

cha de la afeccion.—(Abierto el tumor y eliminados los materiales gangrenosos que contiene, resulta una úlcera que marcha rápidamente á la cicatrizacion).—Pronóstico. (Es afeccion á veces muy grave pues, propagándose la inflamacion, puede dar lugar al flemon difuso, y pueden presentarse síntomas adinámicos que conduzcan á la muerte).—Tratamiento. (Desde los primeros dias, cataplasmas emolientes; luego despues, así que se note supuracion, desbridamientos múltiples, cruciales y profundos, continuando con cataplasma y añadiendo algun digestivo; como remedios internos, laxantes, tónicos, antisépticos, etc.)

LECCION 84.—Mal vertebral de Pott (enfermedad consistente en la caries y más principalmente en la degeneracion tuberculosa de una ó más vértebras).—Anatomía patológica.—Lesiones de las vértebras (los cuerpos de las vértebras, afectados de degeneracion tuberculosa, experimentan una pérdida de sustancia, y aun pueden desaparecer totalmente una ó más vértebras, quedando en algunos casos tambien destruidas las costillas inmediatas; los tubérculos pueden ser enquistados ó infiltrados).—Lesiones de los fibro-cartílagos (son destruidos al propio tiempo y en el mismo sitio en que lo están las vértebras correspondientes, pues recibiendo de éstas los vasos, quedan aquellos sin nutricion cuando el hueso ha sido destruido por el tubérculo).—Médula y sus cubiertas (ó no hay en estas partes ninguna lesion, ó bien se observa engrosamiento é induracion ó reblandecimiento del tejido medular).—Deformacion del ráquis (ocurre cuando los tubérculos están enquistados; no, si están infiltrados, y consiste en una flexion que puede llegar al ángulo recto ó al agudo; depende, de que, destruido en parte ó en totalidad uno ó más cuerpos de vértebras, cabalga el superior, íntegro, sobre el inferior, tambien sano, de donde proeminencia posterior de la porcion apofisaria, y aun á veces desviacion lateral de la columna, con curvas de compensacion; nunca, empero, hay encorvacion con proeminencia anterior).—¿Influye en la incurvacion la destruccion de los fibro-cartílagos? (poco, á no ser que sean muchos los destruidos).

LECCION 85.—Abscesos por congestion (raros en la forma enquistada; casi inevitables en la infiltrada).—¿Es posible por la situacion del absceso congestivo determinar la vértebra ó vértebras de donde el pus procede? (Sí, teniendo en

cuenta que la coleccion sigue el trayecto de los cordones nerviosos, de los vasos y de las aponeurosis y recordando los términos en que este problema se halla resuelto por la anatomía topográfica).—Síntomas.—De ordinario, dolores más ó ménos intensos, que aumentan de agudez y remiten al presentarse la gibosidad; otras veces ésta precede á los dolores; éstos son espontáneos y se provocan y exageran comprimiendo las apófisis espinosas de las vértebras dañadas ó ejecutando determinados movimientos; contractura de los miembros abdominales, por debilidad de los músculos que reciben los nervios de los sitios de la médula á donde la lesion vertebral corresponde, ó parálisis de las extremidades inferiores con exageracion de la motilidad refleja, si hay parálisis muscular y no de la sensibilidad; pérdida de la motilidad refleja, si hay parálisis de la sensibilidad).—Etiología (la infancia, la juventud, el escrofulismo, la masturbacion y en general todas las influencias debilitantes que conducen á la tuberculosis).—Diagnóstico diferencial respecto de las gibosidades raquíticas (en éstas no hay dolor, y la giba no es angulosa, sinó redondeada).—Diagnóstico de la forma enquistada é infiltrada (si hay gibosidad brusca ó formada en dos ó tres meses, forma enquistada; si no hay gibosidad ó ésta es poco pronunciada y lenta en formarse, forma infiltrada).—Pronóstico (en general muy grave; la forma enquistada mucho ménos que la infiltrada; cuando haya gibosidad bruscamente formada, que indica la forma enquistada, es más curable que si falta la deformidad; si, en esta última forma, no han aun aparecido abscesos por congestion, pueden confiarse en la curacion).—Tratamiento:—(al interior) tónicos reconstituyentes, analépticos, iodo y demás antiescrofulosos; al exterior cauterios y fúntículos sobre la vértebra afectada aparato de Bonnet que inmovilice la columna vertebral; enderezamiento de la columna vertebral por suspension en el aparato de Sayde y aplicacion de un corsé poro-plástico.

LECCION 86.—De la artritis aguda.—Necesidad de considerar las inflamaciones de las articulaciones como un proceso morboso en conjunto, y no como una alteracion patológica de cada uno de los elementos orgánicos de la articulacion, (pues las articulaciones enferman á causa de las disposiciones que presiden á su destino fisiológico, y el análisis anatomo-patológico de las partes dañadas es poco hacedero y poco útil á la cabecera del enfermo).—Etiología de

las flegmasias articulares agudas y espontáneas (influencias catarrales, llamadas tambien *reumáticas*, y las metástasis, en los casos de epidemia).—Síntomas de la artritis catarral ó reumática aguda.—Sinovitis serosa aguda (hiperemia secretoria de la sinovial, manifestada por tumefaccion y fluctuacion de la articulacion, sin rubicundez de la piel y dolor provocado por los movimienios; falta la calentura).—Sinovitis supurada (hiperemia de la sinovial, con exudado plástico y purulento, y proliferacion excesiva del cartílago, lesiones anatómicas que se manifiestan por calofrios, fiebre, grande tumefaccion, rubicundez, tendencia á la semiflexion y movimientos sumamente dolorosos; continuando el proceso, resulta el empiema de la articulacion).—Sinovitis serosa y supuratoria (estado de la sinovial, en que al propio tiempo hay hipersecrecion de serosidad y formacion de pus, manifestada por un cuadro sintomatológico intermedio entre los precedentes).—Tratamiento: emisiones sanguíneas (cuyos beneficios son muy cuestionables—(calor húmedo, cataplasmas emolientes (en un principio obran calmando, porque, facilitando la circulacion periférica, derivan la hiperemia del interior de la articulacion, pero despues no causan efecto alguno).—Frio (al principio, constriñendo los vasos periféricos, aumenta la hiperemia intra-articular; luego, extendiéndose la perfrigeracion á los vasos intra-articulares, disminuye la flogosis).—Tintura de iodo en embrocaciones (irritando la superficie, deriva la flegmasia articular).—Posicion del miembro.—¿De qué depende la tendencia á la semiflexion en las articulaciones inflamadas? (no de la necesidad de dar mayor amplitud á las superficies articulares para contener el derrame, pues en la hidrartrosis el miembro tiende á la extension, sino del dolor que provoca la contraccion de los flexores, y de aquí la indicacion de hacer adoptar esta última posicion, aunque sea apelando á la cloroformizacion y á los narcóticos, aplicando luego un apósito de yeso).—Tratamiento en los casos de hiperemia articular (punciones y evacuacion del contenido de la articulacion).

LECCION 87.—Variedades fundamentales de la artritis.—Su division en traumática y espontánea.—Particularidades clínicas de estas variedades, segun su etiología; segun la magnitud de la articulacion, segun que correspondan al miembro torácico ó al abdominal y segun la edad del sugeto.



Artritis traumática; puede ser	{	Con herida penetrante—amenaza la supuración, tanto más profusa, cuanto más vasta la articulación.
		Sin herida penetrante—no supura; es aguda ó sub-aguda, puede pasar á crónica; en los jóvenes cura sin anquilosis; en los viejos, suele pasar á artritis seca incurable.
Artritis espontánea, puede ser	{	Aguda ó sub-aguda, con síntomas congestivos, resolviéndose, supurando ó pasando á crónica.
		Y crónica; puede ser, { plástica; que propende á la anquilosis; hidrópica; que da lugar á un derrame de serosidad, que constituye la hidrartrosis; fungosa; que anatómicamente se caracteriza por fungosidades y constituye el tumor blanco; seca que no propende á la supuración ni á la anquilosis; siendo empero incurable.

Diferencias clínicas de la artritis segun la magnitud, sitio, naturaleza de la enfermedad y edad del enfermo.

Artritis de las articulaciones grandes	{	Del miembro torácico.	Traumáticas, sin herida penetrante, antes de los 50 años; se encaminan á la resolución; en el codo de los niños; es fácil la anquilosis; en la vejez, la anquilosis y la artritis seca constituyen la regla.
			En el HOMBRO, es rara la aguda y solitaria, pero, cuando existe, propende á la anquilosis.
		Espontáneas, la más común es la hidrartrosis; rara la artritis seca.	En el codo es frecuente el tumor blanco, que termina por supuración y anquilosis.
			En la MUÑECA, es rara la aguda y solitaria, pero propende á la anquilosis; es frecuente el tumor blanco, que termina por anquilosis sin supuración.
	{	Del miembro abdominal.	Traumáticas—antes de los 50 años, son ligeramente plásticas, pero se resuelven sin anquilosis; después de los 50 años, la anquilosis y la artritis seca constituyen la regla.
			En la de la CADERA, rara la aguda solitaria; en cambio, es frecuente el tumor blanco, en los jóvenes, y la artritis seca, en los viejos.
		Espontáneas	En la de la RODILLA—se ven con especial predilección todas las formas de artritis.
			En la TIBIO TARSIANA—son menos frecuentes que en la de la cadera y rodilla las artritis fungosa y seca.
Artritis de las articulaciones pequeñas.	{	Del miembro torácico.	Traumáticas—s. an directas ó por inamovilidad, las artritis digitales son congestivas y ligeramente plásticas pero terminan por resolución.
			Las artritis digital aguda y espontánea es rara: en cambio, es frecuente la poliartritis crónica conocida con el nombre de <i>reumatismo nudoso</i> , que no supura, pero que puede terminar por anquilosis ó por artritis seca.
		Espontáneas	Traumáticas: las digitales como las de los dedos de la mano.
			En las del tarso, son frecuentes la artritis aguda múltiple, el tumor blanco, y en los adolescentes, una forma especial de artritis seca, curable; en las digitales y particularmente en la metatarso-falángica del dedo gordo, es común la artritis gotosa, aguda ó crónica, que puede terminar por anquilosis.

LECCION 88.—Del tumor blanco en general, ó artritis fungosa (inflamacion crónica de las articulaciones, con formacion y desarrollo de granulaciones fungosas en la sinovial, que pueden exudar pus y destruir los cartílagos y los huesos, dando lugar á cáries, abscesos intra-articulares y fístulas).—Anatomía patológica; estado de los diferentes elementos de la articulacion: membranas sinoviales (rubicundez y tumefaccion, con aspecto moco-purulento de la sinovia; luego aparecen las granulaciones fungosas; desaparece el epitelio, crecen las fungosidades y penetran en el seno del cartílago y hasta en el tejido óseo); cartílagos (cubiertos por las fungosidades de la sinovial, son luego penetrados en su espesor por éstas, quedando, por lo mismo, perforados y poniendo de manifiesto la superficie articular del hueso); huesos (penetrando á su vez por las fungosidades, el tejido óseo se reabsorbe y se forma una cáries fungosa de las epífisis articulares) ligamentos, tejido areolar subcutáneo y piel (degastado, por las fungosidades, dan lugar á abscesos y fístulas, que comunican con la articulacion ó con una bolsa sinovial).—Marcha de las lesiones anatómicas y de las alteraciones funcionales de la articulacion.—Evolucion de las fungosidades.—Síntomas: marcha (lenta al principio).—Fenómenos locales (dolor exacerbante por las tardes y noches y por los movimientos y en particular por la compresion en sentido del eje del miembro).—Síntomas objetivos: (hinchazon, cambios de color, fístulas) posicion del miembro (intermedia entre la flexion y la extension) ¿De qué depende? (de la necesidad de dar á la cavidad el mayor espacio posible, para evitar la compresion dolorosa de las fungosidades). Fluctuacion y pastosidad, crepitacion, movilidad anormal, enflaquecimiento del miembro y edema.—Síntomas generales (anemia, fiebre, ecticismo).—Variedades que ofrecen los síntomas del tumor blanco: abultamiento de la articulacion (tanto más considerable, cuanto más general la flegmasia de la sinovial y mayores los depósitos osteofíticos alrededor de la articulacion; los huesos, en realidad, no ofrecen aumento de volumen); supuracion (no es un hecho necesario en la artritis fungosa; dá lugar á una cáries seca).—Relacion entre la cantidad de supuracion y la alteracion del hueso (la supuracion no indica la extension del proceso óseo ni la destruccion de los ligamentos; el grado de estas lesiones se manifiesta por la deformidad de la articulacion y por la separacion de las superficies óseas).—Terminaciones del tumor blanco

(luxacion espontánea, flegmasias secundarias, anquilosis; cuando no han sido destruidos los cartílagos y el hueso, es aun posible la curacion sin anquilosis).—Diagnóstico diferencial entre el tumor blanco y la hidrartosis (en esta no hay fungosidades; la fluctuacion es más evidente, mayor movilidad y poco dolor), la artritis aguda (mayor intensidad de los fenómenos inflamatorios locales y generales), la artritis seca (sobreviene en los viejos, no hay fungosidades y cruje la articulacion), las fungosidades de las vainas tendinosas (dispuestas formando cordones á lo largo de estas mismas vainas).—Pronóstico del tumor blanco en (general, grave; el de fondo escrofuloso y que comienza por el elemento óseo, es más grave que el que se inicia por la sinovial; puede, sin embargo, curar restableciéndose el juego de la articulacion, cuando no es profundo el daño óseo, ó por anquilosis, en caso contrario).—Tratamiento: Medios locales (vejigatorios, tintura de iodo, cauterizacion).—Ventajosísimos efectos de los vendajes inamovibles de yeso, silicato de potasa ó dextrina: modo de aplicarlos.

LECCION 89. — Artritis aguda y sub-aguda espontánea de la rodilla.—Artritis catarral ó reumática.—Síntomas (dolor, tumefaccion, á veces fluctuacion por derrame humoral, aumento de calor y en ciertos casos rubicundez y tendencia á la flexion).—Lesiones anatómicas (en el primer periodo, hiperemia de la sinovial, con engruesamiento y exudacion; en el segundo, desgaste de los cartílagos).—Movilidad lateral y crepitacion que á veces se observan; ¿á qué se deben? (la movilidad lateral al reblandecimiento de los fibro-cartílagos, que agranda la cavidad articular y permite un juego inusitado á las superficies óseas; la crepitacion al roce de éstas, desprovistas de cartílago).—Tratamiento (superioridad de las embrocaciones iódicas y de los vejigatorios respecto de las emisiones sanguíneas, los emolientes y pomadas mercuriales belladonizadas, en el primer periodo; en el segundo; si hay flexion, enderezarla é inmovilizar la articulacion con el vendaje de yeso; en el tercero, si á ello no se opone la excesiva resistencia de la anquilosis y la propension á exacerbarse la inflamacion, enderezar el miembro, prévia anestesia, y mantenerlo inmóvil; en caso contrario, baños sulfurosos).

LECCION 90.—Tumor blanco de la rodilla, ó gonartroca-

ce. — Etiología. — Predisponentes (linfatismo), ocasionales (traumatismos, influencias catarrales, fatiga, etc.; á veces faltan). Síntomas: físicos (abultamiento redondeado de la rodilla; desaparicion de las fosas laterales de la rótula; pastosidad, blandura y aun á veces fluctuacion en determinados puntos; inmovilidad de la rótula; atrofia de las masas musculares del muslo y aun de la pantorrilla) funcionales (aumento de calor, dolor espontáneo en el reposo, que aparece por intervalos, en especial hácia al lado interno; constante por la progresion, por los movimientos comunicados y sobre todo por la compresion desde la planta del pié; gran dificultad de los movimientos voluntarios ó comunicados), generales (al principio nulos; despues, fiebre consuntiva). — Lesiones anatómicas: sinovial (al principio, hinchazon y engrosamiento, por infiltracion de serosidad; despues fungosidades, conteniendo entonces, por lo comun, un humor purulento); ligamentos (tumefactos, fungosos y reblandecidos, permiten movimiento de laterilidad); cartílagos (al principio, mera transformacion grasienta de las células superficiales y proliferacion de las profundas; despues, prolongaciones fibrosas superficiales, que dan el aspecto de terciopelo y constituyen la transformacion *velvética*; más tarde, exfoliacion, cayendo fragmentos en la cavidad articular, dejando ulceraciones del cartílago y la superficie ósea sin revestimiento), huesos (destruccion de la lámina ósea sub-cartilaginosa y en su lugar fungosidades; osteitis rarefaciente, por trabéculas óseas, llenándose de sustancia gelatiniforme, ó vascular, y constituyendo la esplenizacion; depósitos tuberculosos, con osteitis necrósica, al lado de otros puntos afectados de eburnacion ó condensacion del tejido óseo). — ¿Cuál es la lesion esencial en el tumor blanco? (las fungosidades). — Curso y terminaciones del tumor blanco de la rodilla (abandonado á sí mismo, supura la sinovial y tambien el hueso; fórmase un absceso, se abre por trayectos fistulosos y sobrevienen el hecticismo, la septicémia y la muerte, si no se amputa á tiempo; establecida la supuracion y destruidos los cartílagos, aun es posible la anquilosis, mayormente si el enfermo es jóven). — Pronóstico (grave, pues no solo amenaza con la pérdida de la articulacion despues de la supuracion, sino con la muerte por hecticismo y aun por tuberculosis pulmonar). — Tratamiento, medios locales, (si hay flexion, procurar el enderezamiento; despues, inmovilizacion con apósito de yeso ó mejor de silicato, fenestrado, que per-

mita embrocaciones iódicas).—Indicaciones de la amputacion (solo en casos extremos en que se vea próximamente comprometida la vida, pues hasta entonces es de esperar la anquilosis).—Medios generales (buena dietética, aceite de hígado de bacalao, ferruginosos, baños de mar, aguas termales bromo-ioduradas y rusticacion).

LECCION 91.—De la coxalgia ó coxartroce (tumor blanco de la articulacion coxo-femoral).—Lesiones anatómicas (inflamacion, caries y desgaste de la cavidad cotilóides y de la cabeza del fémur, destruccion del cartílago, fungosidades de la sinovial, á veces desgarró de la cápsula articular, que ocasiona luxacion espontánea del fémur, ocupando la cabeza la fosa iliaca externa, y de aquí el acortamiento del miembro; fórmanse abscesos, que se abren al exterior; pero en un principio el miembro se alarga, no porque el derrame y tumefaccion intra-articulares aparten la cabeza del fémur del fondo de la cavidad cotilóides, sino á causa de que la cadera se inclina al lado afecto).—Síntomas: primer periodo (movimientos dolorosos, debilidad, claudicacion y rigidez); segundo periodo (aumentan los síntomas del anterior; hay dolor simpático en la rodilla; no es pasible la progresion; el muslo está en adduccion y rotacion interna, mirando hácia dentro la punta del pié; pastosidad en la region afecta, que apenas permite percibir el trocanter mayor; fórmanse abscesos; despues sobreviene la luxacion espontánea ilio-isquiática, en cuyo caso el miembro se acorta).—Disposicion de los pliegues glúteo-femoral é inguinal como medio diagnóstico de esta afeccion articular.—Pronóstico de la coxalgia (en general grave, pero repetidos hechos observados en nuestra clínica demuestran la posibilidad de obtener una curacion completa, cuando al principio de la enfermedad se aplican cauterios potenciales ó actuales alrededor de la articulacion).—Efectos ventajosos de los apósitos de yeso ó silicato de potasa.

LECCION 92.—De la inflamacion crónica.—Anatomía patológica.—Estado del tejido conjuntivo.—¿En qué difiere de la inflamacion aguda? (la hiperemia es poco intensa y, en cambio, es muy considerable la infiltracion plástica; la formacion de células es lenta, pero esta alcanza mayor desarrollo.—Las fibras del tejido conjuntivo adquieren una consistencia lardácea.—Variedades que puede presentar la



marcha de la inflamacion crónica. 1.º Resolucion (por reabsorcion de la serosidad infiltrada y disgregacion de los elementos celulares, que así desaparecen). 2.º Hipertrofia (aumento de nutrición, volúmen y consistencia de las células). 3.º Hiperplasia (interposicion de un tejido conjuntivo de nueva formacion entre los elementos anatómicos del preexistente, resultando la esclerosis del tejido conjuntivo ó la elephantiasis de la piel).—Inflamacion crónica en las mucosas y en las serosas (caracterizada por la hipersecrecion).—Supuracion (lenta y sin fenómenos flogísticos marcados, dando lugar al absceso frio, que contiene un pus claro y con muchos detritus de grasa).—Marcha del absceso frio (puede reabsorberse ó abrirse, dando lugar á una úlcera ó, evacuando el pus, adherirse sus paredes, prévia una activa vascularizacion).—Etiología de la inflamacion crónica.—Causas irritantes locales de accion repetida, lenta ó sostenidas (parásitos cutáneos, presiones, roces, etc.).—Discrásias (escrofulosa, tuberculosa, reumática, artrítica, escorbútica, sifilítica, etc.).—Tratamiento de la inflamacion crónica.—Compresion (por medio de vendas mojadas ó enyesadas; combate eficazmente la infiltracion crónica).—Calor húmedo (cataplasmas ó fomentos; facilitan la circulacion superficial y, por consiguiente, la reabsorcion del exudado).—Compresas hidroterápicas (empapadas en agua fria y frecuentemente renovadas, aumentan la contractilidad de los vasos).—Medicamentos resolutivos (árnica, agua blanca, emplastos fundentes, etc.), de eficacia muy dudosa.—Emisiones sanguíneas (raras veces útiles en las flegmasias crónicas; solo tienen aplicacion en los casos de exacerbacion aguda).—Derivativos (llaman á otro sitio la inflamacion).—Excitantes: solucion de nitrato de plata, tintura de iodo, vejigatorios; (curan cambiando por un estado agudo el carácter tórpido de la inflamacion crónica).—Expoliativos (fontículos, sedales, moxas, etc.; provocan una supuracion que facilita la desaparicion del exudado inflamatorio).

LECCION 93.—De la ulceracion y de las úlceras.—Fisiología patológica de la ulceracion (predominio de la absorcion intersticial.—Hunter—y gangrena molecular.—Vidal de Cassis).—Clasificacion clínica de las úlceras fundada en la naturaleza del proceso morboso (simples, escrofulosas, escorbúticas y sifilíticas).—Estados accidentales de las úlceras: atónicas, eréticas, sorditas, callosas, fungosas, verminosas, etc.).



—Una clasificacion fundada en estas condiciones accidentales y mudables sería poco clínica, porque no conduciría á la adopcion de una terapéutica fundamental.—De las úlceras simples de las piernas en particular.—Condiciones de organizacion que hacen á esta parte del cuerpo, mas que á ninguna otra, dispuesta á la ulceracion (presion de la columna sanguínea venosa; escasez de tejido areolar subcutáneo; progresion; peso del cuerpo; distancia del centro circulatorio; propension á las varices; exposicion á las violencias exteriores).—¿Ofrece peligro para la salud general la curacion de estas úlceras, siquiera sean muy crónicas? (Raras veces, pues no son la expresion de un vicio general, sino que constituyen un estado patológico local y no suelen aparecer como supletorias de estados morbosos viscerales preexistentes).—Tratamiento de las úlceras de las piernas por el método de Bayton (tiras de esparadrapo oficial, colocadas de modo que, imbricándose de abajo hácia arriba, y empezando á aplicarse por su centro en la parte diametralmente opuesta al sitio de la úlcera, vengán á cruzarse por delante de ésta, cubriendo el afecto en toda su extension).—Modo de obrar de este agente terapéutico (principalmente por la uniforme y moderada compresion que ejerce).

LECCION 94.—De la periostitis y osteitis crónicas.—Síntomas que indican la periostitis (dolor espontáneo escaso ó nulo; á la presion, algo más intenso; poca tumefaccion y falta de rubicundez) y la osteitis (dolores espontáneos más intensos, que se exacerban por las noches).—Resultados de este proceso morbozo (las formaciones osteofíticas ó la supuracion, que raras veces se reabsorbe y que, por lo comun, da lugar á la cáries superficial).—Formas de las cáries (*atónica*, en que el hueso cariado está al descubierto, y *fungosa*, en que éste se halla tapizado de fungosidades).—Etiología del proceso de la inflamacion crónica de los huesos.—Causas traumáticas (tienen la importancia de ocasiones).—Afecciones constitucionales (sostienen el fondo de la dolencia: el escrofulismo da lugar á las formas fungosas y la tuberculosis á las tórpidas).—Signos por los cuales se reconoce el carácter fungoso ó tórpido de las cáries (en la fungosa, considerable tumefaccion de los tejidos, abertura fungosa, el estilete no deja percibir el choque áspero del hueso desnudo; en la atónica, tumefaccion escasa, piel despegada, adelgazada y lívida; las aberturas como hechas con un saca-

bocados; el estilete, percibe fácilmente las asperezas de hueso desnudo).

LECCION 95.—De la necrosis (gangrena total ó parcial de un hueso, llamándose *secuestros* las partes gangrenadas).—Patogenia (la causa inmediata de la necrosis es la supresion de la circulacion en el hueso).—Causas traumáticas (destruyendo los vasos del hueso, si no se restablece el estado anatómico normal, la circulacion puede resultar interceptada y dar lugar á una necrosis, con secuestros más ó menos extensos, para cuya eliminacion se necesita un trabajo supuratorio).—Osteitis y periostitis agudas ó crónicas (el exudado inflamatorio obstruye los vasos y suprime la circulacion de la sangre en el hueso; la supuracion desgasta el tejido).—Marcha del proceso morboso en los casos de periostitis y osteomielitis supuradas (el hueso se halla comprendido entre dos superficies supurantes; el pus se abre paso al exterior; eliminando el secuestro, queda en su lugar una cápsula con vegetaciones, las cuales, despues de algunos meses, dan lugar á una osificacion que restablece el hueso).—Síntomas de la necrosis.—Color del secuestro (blanco ó negro), olor (nulo, en la necrosis superficial, porque la gangrena del hueso es siempre seca; si hay fetidez, es que la gangrena, que puede ser húmeda, ataca la médula y los vasos, y en estos órganos puede haber putrefaccion).—Exploracion por el estilete (descubre la presencia del secuestro ó su mayor ó menor movilidad).—Supuracion (sale por los trayectos fistulosos, ó cloacas, y es espesa, amarilla ó de aspecto mucoso; frecuentemente hay albuminuria, de escasa importancia).—Diagnóstico diferencial entre la cáries y la necrosis (en aquella, falta de neoplasia ósea, que es abundante en la última y se percibe á través de los tejidos; en la primera, pus claro, seroso y de mala calidad; en la necrosis, pus espeso de buen aspecto ó mucoso; en la cáries, el contacto del hueso con el estilete, es doloroso; en la necrosis, es indoloro).—Tratamiento de la necrosis.—Indicaciones quirúrgicas que se presentan: (1.º mantener la limpieza de las aberturas y trayectos fistulosos, 2.º extraer mecánicamente el secuestro cuando esté desprendido; las resecciones óseas no están indicadas, pues al paso que se cortaria el hueso necrosado, se excindiría el de nueva formacion; el secuestro no está libre hasta tanto que se ha formado el hueso nuevo).—Epoca en que los secuestros están librés (en las necrosis parciales, del octavo al décimo

mes; en las totales, al cabo de un año).—Preparativos para la extraccion de los secuestros (dilatacion de los trayectos fistulosos y cloacas).—Extraccion de los secuestros (descubierto el secuestro, extraerlo con pinzas, elevadores, y si es necesario, con la sierra, el escoplo y el martillo).—Cuidados ulteriores (mantener la limpieza de la cavidad supuratoria).

LECCION 96.—De los abscesos frios en general (colecciones de pus en el tejido areolar, formadas con lentitud, indolores y sin aumento de temperatura, que no dependen de afecciones primitivas de huesos ni de articulaciones).—Curso y evolucion lenta.—Anatomía patológica (pus seroso, paredes blancas, cavidad bien circunscrita y quistiforme, tapizada por una capa membraniforme, comparada á una mucosa, pero sin folículos ni vellosidades no es productora del pus, por lo cual no le conviene el nombre de *pusgénica*; sino formada por la presencia de dicho humor y así se llamaria mejor *puogénita*).—Síntomas: (infarto circunscrito, inmóvil, sin dolor, ni cambio de color, ni de temperatura, que crece, se reblandece desde el centro á la periferia, con ligero desenvolvimiento de fenómenos flogísticos, y se abre al exterior).—Desarrollo de los abscesos frios en la region sacra.—Exposicion del caso práctico que á este punto se refiere.—Marcha.—(Iniciada la coleccion, incremento lento; luego periodo de estacionamiento, y despues, vencidos los obstáculos aponeuróticos, difúndese por la region vecina, constituyendo una coleccion apendicular).—Sucesivos aumentos y disminuciones, sin alterar el estado general.—Terminaciones (abertura espontánea ó artificial; raras veces resolviéndose por reabsorcion del pus).—Diagnóstico diferencial entre los abscesos frios y los calientes (en estos, los fenómenos propios del flemon); los sintomáticos, ó por congestion (en estos hay síntomas que conducen al diagnóstico de una afeccion ósea); los escrofulosos (estos subsiguen al infarto y reblandecimiento de los ganglios y contienen un pus granuloso, que es la materia caseosa); los tumores enquistados (la puncion exploradora lo aclara); los aneurismas y los tumores encefalóideos reblandecidos.—Pronóstico de los abscesos frios (en general, más graves y más difíciles de curar que los calientes, pues la adhesion de sus paredes es muy tardía y además pueden sobrevenir complicaciones graves).—Tratamiento.—Medios generales (tónicos ferruginosos y analépticos).—Locales (al principio los fundentes,

los resolutivos, las fricciones estimulantes y los vejigatorios; cuando está adelantada la coleccion, dilatarlos).—Manera de proceder á la dilatacion de los abscesos frios, (punciones repetidas é incompletamente evacuadoras, á fin de que se opere una retraccion gradual de los tejidos; punciones subcutáneas, ¿con el aspirador neumático de Dieulefoy, para evitar la penetracion de los gérmenes atmosféricos).—Cauterios potenciales.—Inyecciones de alcohol (de resultado incompleto).—Idem de Lugol (de tintura de iodo y solucion de ioduro potásico).—Fenómenosque sobrevienen á consecuencia de las inyecciones iodo-ioduradas, (inflamacion excesiva, fenómenos sépticos); ventajosísimos efectos del ácido fénico al interior y al exterior y de la aplicacion de los tubos de drenaje.

LECCION 97. — *Enfermedades de las vías urinarias.* — Diagnóstico general y rápido deducido del simple interrogatorio del enfermo, segun las cuatro preguntas de Thomson. —Primera. Relativa á la frecuencia de la miccion (mayor de noche que de dia, *hipertrofia de la próstata*; mayor de dia que de noche, *cálculo vesical*; poco marcada y poco apremiante, *prostatitis crónica*; sin notable diferencia entre el dia y la noche ni despues del reposo ni del movimiento, *cistitis aguda ó crónica y enfermedades que alteran la composicion de la orina*).—Segunda. Relativas al dolor.—*a.* sobre el púbis (antes de la miccion, *cistitis crónica*; sobre el púbis, irradiándose al periné, *cistitis aguda ó sub-aguda*; al final de la miccion, *prostatitis*).—*b.* en el periné (en el acto de la miccion, *estrecheces uretrales*; antes de la miccion, *hipertrofia prostática*; despues de la miccion, irradiándose al glande y exacerbándose por el movimiento, *cálculo vesical*).—*c.* en la region renal (especialmente en la izquierda ó en ambas, irradiándose á lo largo del ureter y agravándose por el movimiento, *cálculo renal*).—Tercera. Relativas al carácter de la orina.—Modo de recoger la orina (el primer chorro, que arrastra los humores uretrales, se recogen en un recipiente, y la restante, puramente vesical, en otro).—Indicios sacados del aspecto de la orina (con grumos en el primer receptáculo *prostatitis*; moco-purulenta en ambos receptáculos, *cálculo vesical*; clara al principio y mucosa despues, *cistitis aguda*; nubéculas flotantes y pus precipitado, *cistitis crónica*).—Indicios deducidos de la forma, volúmen é intensidad del chorro (deforme, delgado y con impulso, *estrechez de uretra*;



más ó ménos adelgazado y fluyendo perpendicularmente *hipertrofia prostática*; difícil al principiar y despues frecuentemente interrumpido, *cálculo vesical*).—Cuarta. Relativas á la miccion de sangre (la sangre sola despues de la miccion, *uretritis*; negruzca y mezclada con orina, *enfermedad del riñon*; roja y mezclada con orina al final de la miccion, *cálculo vesical*).—Exploracion instrumental (por la sonda ó por el endoscopio: este último instrumento, aun cuando ingenioso, proporciona poca utilidad en el diagnóstico de las enfermedades de las vías urinarias).—¿Cuándo estaremos autorizados para practicar el cateterismo explorador? (cuando del interrogatorio se deduzca alguna duda que sea preciso desvanecer ó alguna presuncion clínica que convenga confirmar).

LECCION 98.—De la hipertrofia de la próstata (aumento de volúmen total ó parcial de esta glándula, dependiente de una excesiva proliferacion de su tejido, análoga al fibroma, y esencialmente distinta de la tumefaccion, inflamatoria).—Condiciones individuales en que se observa (solo en la vejez, desde los 54 á 65 años; despues de esta última edad es muy rara, si no ha comenzado antes).—Síntomas (miccion difícil, con chorro delgado y sin fuerza; gran frecuencia de la necesidad de orinar durante la noche y en especial al levantarse de la cama; calma durante el dia; en los grados más avanzados, emision involuntaria de orina; dolor que precede á la miccion y cesa despues de evacuada la vejiga, porque ha cesado tambien la distencion que la plenitud del receptáculo causaba en la próstata; orina al principio clara, por más que esté largo tiempo retenida, pero despues mucosa; tampoco hay sangre en la orina en un principio, pero sí en un periodo más adelantado; la exploracion por la sonda, acodada hácia su extremidad vesical, pone de manifesto un obstáculo en la entrada de la vejiga, causado por la proeminencia del lóbulo medio de la próstata; como la vejiga se evacua incompletamente en cada miccion, si se sonda al enfermo despues de haber orinado, se extrae una cantidad considerable de orina, por lo comun sedimentosa), exploracion de la próstata por el recto (los fenómenos de disuria no guardan proporcion sino con el aumento de volúmen del lóbulo medio de la próstata: pueden tocarse muy abultados los lóbulos laterales y haber escasos trastornos en la miccion).—Pronóstico (enfermedad incurable y solo sus-

ceptible de un tratamiento paliativo que hace la llevadera). Tratamiento (cateterismo evacuador frecuentemente repetido, con una sonda fuertemente encorvada junto al pico, ó con una algalia acodada ó bicodada; mantener abrigada la region pelviana, para evitar los enfriamientos; combatir la constipacion de vientre por medio de enemas sencillos ó ligeramente laxantes, administrar aguas sulfurosas ó la de Carlsbadt, etc.)

LECCION 99.— De la miccion involuntaria (las más de las veces no supone incontinencia, sino retencion de orina; hay incontinencia cuando hay parálisis de la vejiga, y ésta no existe sino por afecciones cerebrales ó medulares; en los demás casos, la miccion involuntaria está ligada á la retencion de la orina). ¿Cómo se explica que la retencion de orina produzca miccion involuntaria? (Repleta de orina la vejiga, porque existen obstáculos que se oponen á su evacuacion completa,—como la hipertrofia de la próstata, un cálculo, una estrechez de la uretra,—ó porque las fibras musculares, fatigadas por exceso de ejercicio para vencer el obstáculo mecánico, resultan colapsadas ó atrofiadas, á proporcion que nuevas cantidades de orina penetran en la vejiga, no pueden dejar de escaparse por rebosamiento: es un vaso lleno del que constantemente se derrama la última gota que en él se vierte). Tratamiento: (cateterismo evacuador frecuentemente repetido y seguido de lociones intra-vesicales).

LECCION 100.—De la verdadera retencion de orina (falta de miccion, con depósito de orina en la vejiga, perceptible por la exploracion hipogástrica y acusada por los vivos sufrimientos del enfermo).—Variedades de retencion segun la causa: (por inflamacion de las vías urinarias, por estrechez de uretra y por hipertrofia prostática, segun queda dicho).—Retencion inflamatoria (por lo comun sobreviene en el decurso de la blenorragia, por excesos en el régimen ó por causas catarrales, y depende de una tumefaccion flogística de la uretra en su region prostática ó de la misma próstata; suprímese la blenorragia, se angosta rápidamente el calibre del chorro urinario, hasta que hay retencion completa; declárase vivo dolor en el hipogastrio y periné, se enciende la fiebre y es irresistible el tacto prostático por el recto). Tratamiento—(sanguijuelas al periné, baños de asiento y ópio, y si no hay pronto alivio, á pesar de la in-

comodidad que puede causar la operacion, introducir una sonda de goma elástica de mediano calibre y acodada junto al pico). Retencion causada por estrechez orgánica (no sobreviene bruscamente, sino de un modo lento y gradual en sujetos de edad algo adelantada que padecen estrecheces; frecuentemente la retencion no es completa; el enfermo expele algunas gotas de orina, pero no por esto dejan de presentarse los sufrimientos de la retencion completa). Tratamiento (ensayar el cateterismo con instrumentos delgados y flexibles, dejando aplicado la sonda; si ésta no se puede introducir, baños calientes, sanguijuelas al periné y fuertes dosis de ópio; en último extremo puncionar la vejiga por el recto —si no hay grande hipertrofia prostática— ó por el púbis, y evacuarla por medio del aspirador neumático de Dieulefoy).

LECCION 101.—*Derrames y fistulas urinarios*.—Del derrame de orina (efecto subsecuente á la ruptura de la uretra, por lo comun resultante de una estrechez, desparramándose la orina entre las mallas del tejido areolar más ó ménos directamente relacionado con aquel conducto).—Síntomas (el sujeto, atormentado por la estrechez, en el momento de la ruptura de la uretra, experimenta algun alivio y desahogo; al poco tiempo aparece una tumefaccion dolorosa en las regiones perineal, peniana ó abdominal, causada por el contacto de la orina; fórmase un absceso, que, gangrenándose en su parte más declive, se abre, quedando así establecido el trayecto llamado *fistula urinaria*).—Tratamiento del derrame, (dilatacion ámplia y profunda por el periné; evacuado el derrame, se verá que la herida se reduce extraordinariamente; si el derrame está en el pene, desbridar por ambos lados). *Fístulas urinarias* (son consecuencia de un derrame de orina, ó bien efecto de uno ó más abscesos periuretrales, lentamente desarrollados, que se abren al exterior, dando origen á uno ó más trayectos fistulosos). Division clínica de las fístulas urinarias (en *simples*, en que no hay induracion ni pérdida de sustancia; *induradas* y con *pérdida de sustancia*). Tratamiento (en las simples, basta la dilatacion de la estrechez para que quede curada la fístula; las induradas persisten, á pesar de la dilatacion y suelen resistir á las cauterizaciones: es preciso enseñar á sondarse al mismo enfermo, para que se evacue artificialmente la vejiga cada vez que tenga ganas de oridar y aun antes de defecar; este sencillo medio, continuando durante cinco ó seis semanas, cura la fístula).

tula; las con pérdida de sustancia requieren la autoplasia seguida de la constante evacuacion artificial, pero sin dejar permanente la sonda; si la pérdida de sustancia es poco considerable, puede bastar la cauterizacion del trayecto).

LECCION 102.—Del *cálculo vesical*.—Frecuencia de esta afeccion segun las edades (aun cuando se ven más niños que adultos calculosos, habida razon á la proporcion de las edades de la poblacion, el cálculo vesical es relativamente mucho más frecuente entre personas de 55 á 65 años que en ninguna otra época de la vida).—Division clínica de los cálculos segun su composicion (de ácido úrico y sus combinaciones, de ácido fosfórico combinando con amoniaco y bases térreas y de oxalato de cal).—Frecuencia relativa de estos cálculos (segun Thomson, los de ácido úrico constituyen los  $\frac{5}{6}$  de los cálculos vesicales; los de fosfato los  $\frac{2}{5}$  y los de ácido oxálico solo representan una proporcion de 3 á 4 por 100).—Orígen de los cálculos vesicales segun su composicion (los úricos y los oxálicos nacen siempre en el riñon, por lo cual antes de que el enfermo presente los síntomas propios de la piedra en la vejiga, ofrece los del mal de arenas; los fosfáticos pueden originarse en el riñon, pero principalmente se forman en la vejiga, precipitándose el fosfato ácido de sosa, que normalmente está en disolucion, en el momento en que es neutralizada la acidez indispensable á la orina para que se mantenga esta disolucion).—Dureza relativa de los cálculos (los más blandos son los de fosfato; siguen á estos los de ácido úrico, siendo los oxálicos los más duros).—Síntomas del cálculo vesical (precedentes de haber expelido arenillas; frecuencia de la miccion, mayor de dia que de noche y más despues del ejercicio que del reposo dolor intenso en la base del glande y en el periné *despues* y *durante* la miccion; orina moco-purulenta, frecuentemente con estrías sanguinolentas; verdaderas hematurias despues de ejercicios violentos; la exploracion por medio de un cateter de corvadura poco pronunciada y rápida, permite percibir el choque sonoro con un cuerpo duro; reconocida la presencia del cálculo, se puede venir en conocimiento aproximado de su volumen, cogiéndole entre las ramas de un litrotitor, y de su naturaleza examinando la orina: si da reaccion alcalina, será de fosfato; si ácida, de uratos ó de oxalato de cal).—Tratamiento operatorio del cálculo vesical.—¿Cuándo optaremos por la litotricia y cuando por la talla? (Por la litotricia: si

el enfermo ha pasado la pubertad; si el cálculo es de ácido úrico y principalmente si de fosfato, y si no es muy voluminoso, es decir, si siendo de uratos ó de fosfatos, no pasa de 25 milímetros de diámetro, y si, siendo de ácido oxálico, no excede de  $2\frac{1}{2}$  centímetros. Optaremos por la talla: en los niños y adolescentes, y en los adultos, si el cálculo es muy grande, y si aun siendo pequeño; esto es, el mayor de  $2\frac{1}{2}$  centímetros, es muy duro por constar de oxalato cálcico.)

LECCION 103.—De la litotricia.—(Operacion que tiene por objeto triturar el cálculo en la vejiga, para que sea fácilmente expelido).—De los litotritores—¿qué condiciones deben reunir para que sean recomendables en la práctica? (1.<sup>a</sup> que la rama macho—cerrado el instrumento—salga mucho menos que la rama hembra, á fin de evitar que sea pellizcada la vejiga; 2.<sup>a</sup>, que la rama hembra esté horadada, ó en caso contrario, lleve un resorte expulsor, para que despues de la trituracion, no queden en la cavidad de aquella detritus de cálculo que impidan cerrar por completo el instrumento, haciendo difícil su extraccion; 3.<sup>a</sup> que la corvadura de la rama hembra no sea muy brusca, para alejar el peligro de romperse en el acto de la trituracion, y 4.<sup>a</sup> que el registro del talon destinado á empujar la rama macho, sea por engranaje ó por tornillo, proporcione mucha potencia para trituracion). Posiciones del enfermo (la *normal*, esto es, horizontal y boca arriba con las piernas separadas y en semiflexion, ó la *excepcional*, levantada la pélvis por medio de una almohada). Introduccion del instrumento.—(Como una algalia, con el pico arriba; para salvar el cuello de la vejiga, tirar de la raiz del miembro y dejar que el instrumento penetre por su propio peso).—Prension del cálculo. (Una vez se ha tocado con el litotritor, abrir suave y totalmente las ramas y luego cerrarlas de un modo gradual; despues, proceder á la *pesquisición* de los fragmentos, sin cambiar de lugar el instrumento; continuar esta maniobra hasta que se hallen fragmentos, mientras la sesion no pase de cinco minutos; procurar, en fin, reducir la piedra á la mayor division posible; si aún quedan fragmentos, aplazar la trituracion para otras sesiones, dejando transcurrir tres ó cuatro dias entre una y otra operacion).—Cuidados ulteriores (recomendar al enfermo que orine acostado boca arriba, que no abandone la cama y que beba abundantemente; todo con el fin de que los fragmentos angulosos del cálculo no lastimen la vejiga).—¿Cómo se reconocerá



que ya no quedan fragmentos? (por los resultados negativos del cateterismo; por desaparecer las mucosidades de la orina y porque el enfermo ya no experimenta dolores á pesar del ejercicio y de la vectacion en un carruaje de movimiento brusco).

LECCION 104.—Del hidrocele de la túnica vaginal, ó enquistado.—Su etiología (frecuentemente viene á consecuencia de una orquitis, simple ó blenorragica).—Diagnóstico.—Es curable sin operacion el subsecuente á la blenorragia, cuando es poco voluminoso y reciente, bastando los resolutivos y los emolientes.—Tratamiento por el método de Monod (evacuacion de una corta cantidad de liquido seroso, por medio de un trócar delgado, seguida de inyeccion de 2 á 4 gramos de alcohol).—Resultados (altamente ventajosos).—Comparacion con el método clásico de las inyecciones iodo-ioduradas de Velpeau (el método de Monod es casi indolente; la inflamacion consecutiva casi imperceptible y el efecto curativo radical y seguro, si el afecto no es antiguo).—Aparicion del edema del escroto como indicio de la reabsorcion del derrame intra-vaginal.—¿Cómo obra el alcohol en este caso? (excitando á los tejidos á la absorcion del humor derramado; y, por lo mismo, haciendo preponderar este movimiento al de exudacion patológica, al propio tiempo que coagulando la albúmina del humor seroso, y dejando á éste en mejores condiciones para ser absorbido).

# TRAUMATOLOGÍA

LECCION 105. — De la contusion (atricion traumática de los tejidos vivos).— Su mecanismo (aplastamiento de los tejidos orgánicos ménos sólidos, contra los más resistentes, que sirven de punto de apcoyo al agente contundente).—Grados de la contusion: 1.º equímosis (infiltracion sanguínea, de color morado más ó ménos subido, que se difunde siguiendo las capas del tejido areolar). 2.º ó rasgadura de los tejidos (con infiltracion de sangre—hematoma—y absceso sanguíneo consecutivo). 3.º ó vecino de la gangrena (lividez, frialdad é insensibilidad). 4.º gangrena propiamente dicha.—Tratamiento de la contusion en sus diversos grados (en el 1.º, resolutivos fríos; en el 2.º, resolutivos, compresion, cuando la sangre del chichon es aún líquida, y en caso contrario, abertura subcutánea de la coleccion fluctuante; 3.º y 4.º grados, como la gangrena).—Heridas por contusion ordinarias. Caracteres que presentan (irregulares, bordes magullados y desiguales, lividez, que se extiende á distancia, escasa hemorragia y dolor intenso).—Marcha de estas heridas (inflamacion, con gran tumefaccion, seguida de supuracion de los tejidos, para eliminar las partes magulladas convertidas en escaras; cicatrizacion lenta). —Complicaciones de las heridas por contusion (despegamiento de la piel con ruptura de troncos vasculares y nerviosos y con desgarró; fractura conminuta de los huesos subyacentes; pioemia y tétano traumático).—Pronóstico de las heridas por contusion (más graves que por los instrumentos cortantes y punzantes, pues es rara en ellas la reunion inmediata, y frecuentes las complicaciones). —Tratamiento: ventajas de las irrigaciones frías.

LECCION 106.—Heridas por armas de fuego.— Distincion clínica importante segun resulten únicamente interesadas las partes blandas ó los huesos al mismo tiempo (las primeras son de pronóstico más leve, pues raras veces dan lugar á la septicemia ni á la infeccion purulenta). — Diferencias clínicas que resultan de la forma de la herida, es decir, en forma de canal, en fondo de saco ó en forma de sedal ó

condueto con dos aberturas. — Heridas de las partes blandas en forma de canal (rozaduras, más ó ménos superficiales, por los proyectiles: siguen el mismo curso que las heridas contusas leves, y no suelen presentar erisipela, ni fiebre traumática, ni flemon difuso). — Heridas de las partes blandas en fondo de saco (si no retienen proyectil ó cualquier cuerpo extraño, no es raro que sólo supuren en su abertura; cuando retienen cuerpos extraños, — el proyectil, los vestidos, un boton, etc., — supuran profusamente y exponen á las complicaciones de flebitis, tétano y flemon difuso). — Diagnóstico de estas heridas: 1.º de la presencia del cuerpo extraño (por los exploradores ordinarios y por el dedo), 2.º de la naturaleza del proyectil (el explorador eléctrico de Trouvé, por las oscilaciones de la aguja, acusa que es metálico; el de Nelatou, terminado en una esfera de porcelana, indica si es de plomo, pues la esfera se tizna y mancha el papel). Tratamiento de estas heridas (en un principio procurar la extraccion de los cuerpos extraños cuya presencia ha sido reconocida; si la abertura es angosta, dilatarla; despues, en el periodo de supuracion, expeler el pus con mucho esmero). — Heridas de las partes blandas en forma de sedal. — Orificio de entrada y salida (hoy día difíciles de determinar, pues los proyectiles cónicos no producen el de entrada más grande que el de salida, como los redondos). — Fenómenos consecutivos (supuracion por lo comun sin fiebre, y áun á veces limitada á los dos orificios, sin extenderse al trayecto, que cicatriza casi por primera intencion; rareza de las lesiones de los gruesos troncos nerviosos y arteriales por los proyectiles cónicos). — Heridas por armas de fuego que interesan los huesos ó las articulaciones. — Accidentes graves á que están expuestas (osteo-mielitis supuratoria aguda, que puede hacerse pútrida y dar lugar á la infeccion purulenta).

LECCION 107. — Fracturas del antebrazo (simultáneas del cuerpo del radio y cúbito). — Etiología (por lo comun, de causa directa; raras veces por contra-golpe, de resultas de caidas sobre la mano). — Dislocacion de los fragmentos (además de las dislocaciones en el sentido de la longitud, direccion y circunferencia que pueden presentarse, como las demás fracturas, ofrecen otra especial, que consiste en la aproximacion hácia el centro del antebrazo, de los dos fragmentos del radio y del inferior del cúbito, quedando fijo el superior de este hueso por impedírselo su articulacion humeral; de ahí

resulta borrado el espacio inter-óseo).—Síntomas (antebrazo en vez de aplastado, cilíndrico; hay además crepitacion, movilidad anormal y acortamiento del miembro).—Pronóstico (si se reducen bien los fragmentos, cura pronto y bien; de lo contrario, faltando el espacio interior, no son posibles la supinacion ni la pronacion).—Tratamiento (si la fractura ocupa el tercio superior, reducir los fragmentos en la supinacion; si es más baja, en una mediana pronacion, á fin de que los huesos se mantengan en lo posible separados, y por consiguiente, se restablezca el espacio inter-óseo; hecho esto y para mantener esta separacion, aplicar una gruesa capa de compresas graduadas ó dos tapones de corcho, cubiertos de algodón en rama, en ambas caras del antebrazo, con dos férulas longitudinales encima, sostenido todo por un vendaje arrollado, y dextrinado á fin de mantener separados el cúbito y el radio por la presencia de las masas musculares en el espacio inter-óseo).

Fracturas del cuerpo del radio.—Etiología (causa directa).—Dislocacion (imposible en el sentido de la longitud; el fragmento inferior se aproxima al cuerpo del cúbito). Síntomas (movilidad anormal poco pronunciada, deformidad bien perceptible y crepitacion manifiesta).—Pronóstico (leve).—Tratamiento (como las del antebrazo).

LECCION 108.—Fracturas del olécranon.—Su etiología (caídas sobre el codo; las de la parte superior de la apófisis pueden resultar de la brusca contraccion del triceps).—Síntomas (tumefaccion que oculta las eminencias; semiflexion; extension dolorosa ó imposible; hundimiento transversal, en la flexion, ó simple surco, en la extension; en esta posicion se percibe la crepitacion fragmentaria).—Complicaciones (derame hemático intra-articular; artritis aguda, que puede supurar ó convertirse en tumor blanco si hay aptitudes morbosas individuales).—Pronóstico (diagnosticada y oportunamente tratada, leve, á pesar de que la reunion se haga de ordinario por callo fibroso, como en las fracturas transversales de la rótula, pues esto no impide las funciones del miembro; desconocida, mal tratada y recayendo en persona predispuesta, grave y aun mortal por la artritis fungosa consecutiva y las complicaciones que pueden presentarse). Tratamiento de las fracturas simples del olécranon (mantener el miembro en una ligera semi-flexion por medio de un vendaje silicatado ó apósito poroplástico, ó bien aplicar el aparato de Nelaton ó

de Pean).—Exposicion de un caso práctico de fractura del olécranon con mortales complicaciones (mujer de 28 años, altamente linfática y tuberculosa; cayó sobre el codo un año atrás; se desconoció la fractura y fué tratada por contusion y artritis; entró en la clínica con los síntomas de un tumor blanco del codo, pero percibiéndose crepitacion en el olécranon en la extension y profundo hundimiento transversal en la flexion; síntomas torácicos de tuberculosis; fiebre éctica; anorexia y catarro gástrico, sub-delirio y estupor; agraváronse los síntomas quirúrgicos, el codo supuró abundantemente, progresó la tuberculosis y la enferma sucumbió sin haber habido ocasion para amputarle el brazo ó reseccarle el codo).

LECCION 109.—Fracturas de la extremidad inferior ó carpiana del radio (frecuëntemente confundidas con luxaciones de la muñeca, á pesar de ser estas tan raras, que cada vez que se vea una afeccion que parezca una luxacion radio-carpiana, será lícito pensar que se trata de una fractura del radio.—Etiología (caidas sobre la palma de la mano en extension; la estructura esponjosa de la extremidad inferior del radio permite que en la fractura de la parte próxima de la diáfisis, el fragmento superior penetre en el inferior y aun á veces recíprocamente, de donde una dislocacion de fragmentos dispuestos de manera que el inferior hace prominencia hácia atrás, mientras que el superior abulta en el plano anterior, lo cual al exterior se revela por una corvatura de la muñeca, llamada en *forma de dorso de tenedor*).—Síntomas.—Deformacion; (la cara posterior de la muñeca no se halla en el mismo plano que la posterior del antebrazo; forma una proeminencia, que sube unos dos ó tres centímetros del nivel de la articulacion, notándose por debajo de esta eminencia una depresion bastante profunda; en la cara anterior, la extremidad inferior del antebrazo, que es naturalmente cóncava, se ve una elevacion transversal, en la que se tocan los tendones de los flexores; la mano, inclinada hácia el lado externo, da lugar á que el borde interno presente otra eminencia debida á la cabeza y apófisis estiloides del cúbito; en conjunto la articulacion de la muñeca tiene una figura comparada al *dorso de un tenedor*).—Tumefaccion (bastante notable; lo cual, unido á la dislocacion de los fragmentos, es causa de que la muñeca parezca cilíndrica, en vez de aplanada).—Crepitacion (no existe, porque hay penetracion de fragmentos).—Movilidad y dolor (consérvanse y



no son dolorosos los movimientos de la muñeca; el dolor se provoca comprimiendo inmediatamente por encima de la articulacion ó por debajo del abultamiento que forma la cabeza del cúbito, la cual se halla, no por encima de la eminencia del radio, sino al nivel de esta).—Pronóstico (si no se reducen los fragmentos á su posicion normal, queda deformidad, y sólo al cabo de mucho tiempo se recobran los movimientos; si se remedia la dislocacion, la reunion es rápida y no queda deformidad ni lesion funcional).—Tratamiento (reduccion por extension y contraextension de la muñeca; á la vez que se empuja hácia adelante el fragmento inferior y hácia atrás el superior, ó bien tirando de la mano puesta en flexion y procacion; aplicar transversalmente en la cara posterior del antebrazo, sobre el fragmento inferior, dos ó tres compresas graduadas y otras tantas longitudinalmente en la cara anterior y dobladas inferiormente, de modo que formen un reborde saliente por encima de la eminencia transversal del fragmento superior; sobre las compresas dos férulas sostenidas por una venda.

FIN



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

CRAI Biblioteca  
Medicina